

# **Sustentabilidade Económica do Sistema de Saúde Português e o seu Enquadramento no Contexto Internacional**

**Maria Eduarda Ramalhão Dias Ramalho**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em  
Economia**

**Orientação: Prof. Doutora Ana Pinto Borges**

**Faculdade de Economia da Universidade do Porto**

**2012**

# **Nota Biográfica**

## **Formação Académica**

Pós-graduação em Gestão e Fiscalidade pelo Instituto de Estudos Superiores Financeiros e Fiscais, concluída em julho de 2005, com média final de 16 valores.

Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia do Porto, concluída em setembro de 1999, com média final de 14 valores.

## **Experiência Profissional**

Desde Julho de 2009, consultora económica e sócia gerente da empresa de consultoria Sigma Team Consulting, Lda.

Entre Novembro de 2007 e Dezembro de 2009, consultora económica permanente da empresa de consultoria Augusto Mateus & Associados, Lda.

Entre Outubro de 1999 e Outubro de 2007, analista económica no Gabinete de Estudos da Associação Empresarial de Portugal.

## **Agradecimentos**

Findo o presente trabalho, gostaria de endereçar uma palavra de agradecimento a todos os que têm contribuído, direta e indiretamente, para a pessoa e a profissional que sou.

Neste percurso, a minha Família desempenhou um papel crucial: os meus pais, pelos valores e princípios incutidos; os meus irmãos, pela solidariedade e encorajamento manifestados; o meu marido, pelo apoio verdadeiramente extraordinário que sempre prestou; e os meus filhos, Dinis e Henrique, pela fonte de orgulho e motivação que representam.

Agradeço, finalmente, a orientação enriquecedora, disponível e pragmática da Prof. Doutora Ana Pinto Borges.

# Resumo

O trabalho que agora se apresenta consiste numa análise da sustentabilidade económica do sistema de saúde português, enquadrando-a na realidade internacional, composta pelo conjunto dos países pertencentes à OCDE e, mais especificamente, pela Alemanha, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Itália e Reino Unido.

Apesar da temática da sustentabilidade dos sistemas de saúde estar no centro do debate público e político, os estudos a ela diretamente dedicados parecem ser ainda em pequeno número e, sobretudo, mais de natureza técnica e não académica. Por um lado, estes trabalhos têm focado predominantemente o Estado, deixando de lado, ou não atendendo de forma substancial, o papel dos restantes agentes económicos e, por outro, tendem a conduzir a sua análise sem a basear numa formalização rigorosa do conceito de sustentabilidade económica. Quanto à literatura académica, predominam os trabalhos incidentes sobre a análise empírica dos determinantes da despesa em saúde, os quais, não retirando ilações explícitas sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, se caracterizam por um tratamento apenas indireto desta temática.

Parece, pois, existir ainda bastante margem para novos contributos na literatura dedicada à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Assim, no presente trabalho começa-se pela explicitação do conceito formal de sustentabilidade económica, a qual permitirá a identificação de indicadores de sustentabilidade económica, norteados toda a análise subsequente. Com base nestes indicadores, procede-se depois a uma análise dos dados das últimas duas décadas, com vista à confrontação do desempenho passado dos países em estudo em matéria de sustentabilidade económica. Em particular, destaca-se aqui a análise *shift-share* por agente financiador, permitindo identificar aqueles que maior contributo deram para a trajetória dos referidos indicadores. Finalmente, elaboram-se cenários prospetivos para a evolução dos indicadores de sustentabilidade, captando efeitos tanto ao nível da Nação como de agentes económicos específicos, abrindo-se espaço para retirar ilações de política de saúde.

# Índice Geral

Introdução .....	1
Capítulo 1. Revisão de literatura .....	4
1. Conceito de sustentabilidade económica .....	4
2. Tipologias de sistemas de saúde e modalidades de pagamento aos hospitais e aos profissionais de saúde .....	11
2.1. Classificação dos sistemas de saúde segundo as fontes de financiamento...	11
2.2. Classificação das modalidades de pagamento às unidades prestadoras de cuidados de saúde e aos profissionais de saúde .....	15
3. Despesa em saúde: determinantes e medidas de contenção de despesa .....	17
Capítulo 2. Evolução dos principais indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde português e de países de referência .....	24
1. Delimitação geográfica do âmbito de análise .....	24
2. Análise descritiva dos indicadores selecionados .....	27
3. Análise de componentes de variação .....	39
Capítulo 3. Cenários de evolução dos indicadores de sustentabilidade económica .....	50
Capítulo 4. Principais conclusões .....	67
Referências bibliográficas .....	70
Sítios da internet consultados .....	75
Apêndice A .....	76
Apêndice B .....	84
Apêndice C .....	96
Apêndice D .....	101

# Índice de Gráficos e Figuras

2.1. Despesa total em saúde <i>per capita</i> (USD PPC), 1990-2009.....	29
2.2. Despesa total em saúde <i>per capita</i> versus PIB nominal <i>per capita</i> , 2009.....	30
2.3. Despesa pública em saúde na despesa total em saúde, em percentagem, em 1990, 2000 e 2009.....	31
2.4. Contributo de despesa pública para a taxa de variação de despesa total de saúde <i>per capita</i> (USD PPC), 1990-2000 e 2000-2009.....	32
2.5. Despesa total em saúde em percentagem do PIB, 1990-2009.....	33
2.6. Contributo da despesa pública para a variação da despesa total de saúde, em percentagem do PIB, 1990-2000 e 2000-2009.....	34
2.7. Despesa pública de saúde em percentagem da receita pública total, em percentagem, no período entre 1990 e 2009.....	35
2.8. Convergência “sigma” – evolução dos coeficientes de variação de três indicadores de despesa de saúde selecionados, 1990-2009.....	37
2.9. Despesa em saúde <i>out-of-pocket</i> (famílias) em rácio do rendimento disponível bruto das famílias, em percentagem, no período compreendido entre 2000-2009.....	38
2.10. Decomposição da variação da despesa total em saúde <i>per capita</i> , por agente financiador, em Portugal, entre 2000-2008 (taxas de variação médias anuais).....	44
2.11. Decomposição da variação da despesa total em saúde <i>per capita</i> , por país, 1990-2000 e 2000-2009 (taxas de variação médias anuais, %)......	45
2.12. Decomposição da variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por agente financiador, Portugal, entre 2000 e 2008 (variação médias anuais, p.p.).....	47
2.13. Decomposição da variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por país, entre 1990-2000 e entre 2000-2009 (variação médias anuais, p.p.).....	49
3.1. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário A.....	59

3.2. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário C.....	61
3.3. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário B.....	62
3.4. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário D.....	63
B.1. Retrato do sistema de saúde português.....	93
B.2. Estrutura do Ministério da Saúde.....	95
C.1. Desvios de despesa em saúde por agente financiador face à média da OCDE.....	96

# Índice de Tabelas

1.1.Determinantes de despesa de cuidados de saúde.....	21
1.2.Medidas de contenção de despesa em saúde.....	21
2.1. Indicadores estruturais para a seleção de países.....	25
2.2. Medida de proximidade estrutural face a Portugal.....	27
2.3. Cálculo das componentes de variação de despesa total em saúde <i>per capita</i> , por agente financiador, em Portugal, entre 2000-2008.....	42
2.4. Cálculo das componentes de variação de despesa total em saúde em percentagem do PIB, por agente financiador, em Portugal, entre 2000- 2008.....	45
3.1. Descrição dos indicadores auxiliares para a elaboração de cenários.....	51
3.2. Síntese dos principais resultados dos cenários.....	55
3.3. Evolução prospetiva da despesa pública em saúde (moeda nacional) implícita nos cenários.....	56
A.1. Modalidades de pagamento aos hospitais.....	81
A.2. Modalidades predominantes de pagamento aos médicos.....	82
C.1. Repartição da despesa <i>per capita</i> em saúde por agente financiador.....	98
C.2. Repartição de despesa total em saúde, em percentagem do PIB, por agente financiador.....	99
D.1. Despesa em saúde (moeda nacional).....	101
D.2. Despesa em saúde (mil milhões USD PPC, 2005).....	102
D.3. Dados demográficos, macroeconómicos e orçamentais globais implícitos nos cenários.....	103



# Introdução

O presente trabalho tem como intuito analisar a temática da sustentabilidade económica do sistema de saúde português, contextualizando-a na realidade dos países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e, mais especificamente, no âmbito de um grupo de sete países – Alemanha, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América (EUA), Itália e Reino Unido.

Pese embora a temática da sustentabilidade dos sistemas de saúde, em geral, e do sistema de saúde português, em particular, se encontrar muito mediatizada e estar no centro da agenda política, os estudos a ela diretamente dedicados parecem ser ainda em pequeno número e, sobretudo, mais de natureza técnica e não académica (Tribunal de Contas, 2007; Instituto Superior de Economia e Gestão, 2010; Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Por um lado, estes trabalhos têm focado predominantemente o Estado, deixando de lado, ou não atendendo de forma substancial, o papel dos restantes agentes económicos (designadamente, as famílias e as empresas) e, por outro, tendem a conduzir a sua análise sem a basear numa formalização rigorosa do conceito de sustentabilidade económica.

Quanto à literatura académica, predominam os trabalhos incidentes sobre a análise empírica dos determinantes da despesa em saúde (por exemplo, Grossman, 1972; Newhouse, 1977; Muurinen, 1982; Leu, 1986; Manning *et al.*, 1987; Newhouse, 1992; Baumol, 1993; Lubitz e Riley, 1993; Oxley e MacFarlan, 1994; Barros, 1998; Gerdtham *et al.*, 1998; Felder *et al.* 2000; Gerdtham e Jönsson, 2000; Getzen, 2000; Smith *et al.*, 2000; Cutler and McClellan, 2001; Okunade and Murthy, 2002; Moïse, 2003; Breyer e Felder, 2006; Ginsburg, 2008), os quais, não retirando ilações explícitas sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, se caracterizam por um tratamento apenas indireto desta temática.

Parece, pois, existir ainda bastante margem para novos contributos na literatura dedicada à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Assim, no presente trabalho começa-se pela explicitação do conceito formal de sustentabilidade económica (por exemplo, Blanchard *et al.*, 1990; Neck e Sturm, 2008), no âmbito quer da economia agregada (Nação) quer de agentes económicos específicos, que permitirá a identificação de indicadores de sustentabilidade económica, norteando todo a análise subsequente. Numa segundo passo, com base nestes indicadores, procede-se a uma análise de dados

históricos (últimas duas décadas), com vista à confrontação do desempenho passado dos países em estudo em matéria de sustentabilidade económica. Em particular, destaca-se aqui a análise *shift-share* por agente económico (“agente financiador”), permitindo identificar os agentes que maior contributo deram para a trajetória dos referidos indicadores. Por último, elaboram-se cenários prospetivos para a evolução dos indicadores de sustentabilidade, captando efeitos tanto ao nível da Nação como de agentes económicos específicos, abrindo-se espaço para retirar ilações de política de saúde.

Assim, este trabalho está estruturado em três capítulos. O Capítulo 1 dedica-se à revisão de literatura. Na sua primeira secção, é clarificado o conceito de sustentabilidade económica, recorrendo-se para o efeito a uma abordagem formal, estabelecida em termos de equilíbrio de longo prazo, que parece não surgir explicitada na literatura de referência sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde. O conceito delimitado nesta secção vai estar patente nos Capítulos 2 e 3. Na Secção 2 do Capítulo 1 é apresentada a caracterização dos sistemas de saúde, começando-se pela classificação de sistemas de saúde habitualmente presente na literatura de Economia de Saúde, que atende à principal fonte de financiamento utilizada. De seguida, faz-se uma descrição das principais modalidades de pagamento aos hospitais e profissionais de cuidados de saúde, tendo como motivação a influência que, à partida, assumem no nível de despesa em saúde e, portanto, na sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. Na Secção 3 do Capítulo 1, procede-se à sistematização dos principais determinantes e de medidas de contenção da despesa em saúde patentes nos estudos empíricos mais relevantes sobre esta temática.

O Capítulo 2 analisa a evolução histórica dos indicadores de sustentabilidade económica da saúde. Na Secção 1 é apresentada a delimitação geográfica da presente análise, recorrendo-se à aplicação de três critérios que resultaram na escolha dos sete países supra referidos: o primeiro critério reporta-se aos países de origem dos três principais sistemas de saúde apresentados na Secção 2 do Capítulo 1 (Alemanha, EUA e Reino Unido); o segundo critério, designado como de “proximidade institucional”, consiste na identificação de dois países que evidenciam maior semelhança com Portugal na moldura institucional e na evolução do seu sistema de saúde (Espanha e Itália); e o terceiro critério, designado por “proximidade estrutural”, consiste na identificação de países europeus que estão mais próximos de Portugal no indicador Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) – atendendo somente às posições superiores às do nosso país – e, a partir deles, no cálculo da distância euclidiana face a Portugal, considerando, para além do IDH, a população, a despesa *per capita* em saúde e a despesa em saúde em percentagem do PIB. A aplicação deste critério leva à identificação da Eslováquia e da Eslovénia. Na Secção 2, faz-se uma análise descritiva da evolução dos principais indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde, entre 1990 e 2009, tanto na ótica da Nação como de agentes económicos específicos (como o Estado e as famílias), para Portugal e para os demais países em estudo, incorporando ainda o referencial dado pela média da OCDE. Complementarmente, atenta-se também à evolução da despesa *per capita* em saúde, que, enquanto indicador de cobertura dos cuidados de saúde, nos dá informação relativamente à potencial utilidade decorrente da aplicação dos recursos em saúde tendo em conta a dimensão demográfica de determinado país. Na Secção 3, procede-se a uma aplicação adaptada da análise *shift-share* à evolução da despesa em saúde (*per capita* e em percentagem do PIB) por agente financiador, pretendendo-se identificar os agentes financiadores que maior contributo deram para a trajetória da despesa em saúde.

No Capítulo 3 elaboram-se, para o caso português e, sempre que pertinente, para os restantes países em estudo, cinco cenários de evolução dos indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde, delineados para o período compreendido entre 2010 e 2020. A adopção deste horizonte temporal tem subjacente a necessidade de acautelar a capacidade de previsão de algumas variáveis e tem o intuito de permitir uma apreciação crítica da política de saúde em cada caso. O exercício realizado incorpora previsões oficiais disponíveis para os indicadores macroeconómicos e orçamentais globais e, consoante o cenário, assume diferentes pressupostos de evolução para os indicadores de despesa em saúde, a partir dos dados históricos analisados no Capítulo 2. Os cenários construídos são: (i) de continuidade, por extrapolação da dinâmica passada para a despesa total em saúde e para a despesa pública em saúde; (ii) de recuperação da despesa total em saúde *per capita* para um referencial da OCDE; (iii) de estabilização da despesa total em saúde em percentagem do PIB; (iv) de estabilização da despesa pública em saúde em rácio da receita pública total; (v) de estabilização da despesa das famílias (*out-of-pocket*) em saúde em rácio do rendimento disponível bruto daquele agente financiador.

A parte final do trabalho reúne as principais conclusões.

# Capítulo 1. Revisão de literatura

## 1. Conceito de sustentabilidade económica

Abordar a temática da sustentabilidade dos sistemas de saúde exige, antes de mais, delimitar, com rigor, o conceito de sustentabilidade económica.

No contexto das políticas públicas, o conceito de sustentabilidade é discutido desde longa data, tendo sido propostas no decurso do tempo diversas abordagens para a sua definição e mensuração. Por outro lado, em particular no quadro das políticas públicas de saúde, é usual a referência às condições de sustentabilidade “financeira”, “económica” ou “orçamental”, termos utilizados aparentemente como sinónimos. Todavia, apesar da diversidade de definições e terminologia, existe uma base formal para o conceito em causa que é consensual, estabelecida em termos de equilíbrio de longo prazo (por exemplo, Blanchard *et al.*, 1990, e, mais recentemente, Neck e Sturm, 2008) e que remete para a noção de sustentabilidade económica, quer a análise se faça para a economia como um todo (ao nível agregado), quer se focalize num agente financiador específico (por exemplo, ao nível das administrações públicas ou das famílias).

Assim, o conceito de sustentabilidade económica tem, como ponto de partida formal, a consideração da restrição orçamental em fluxos (Blanchard *et al.*, 1990), de acordo com a qual os recursos disponíveis em cada momento têm que igualar as aplicações ou usos.<sup>1</sup> Começando a análise pelo nível agregado, e considerando uma economia aberta aos fluxos comerciais e financeiros internacionais ter-se-á, então, a seguinte restrição orçamental agregada (ou da Nação) em fluxos, para dado momento:

$$Y_t + (M_t - X_t) = C_t + HEp_t + I_t + G_t + HEg_t, \quad (1)$$

onde  $Y$  representa o produto agregado, habitualmente medido pelo Produto Interno Bruto (PIB) a preços de mercado,  $C$  o consumo final das famílias (excetuando despesas de saúde),  $HEp$  a despesa de saúde das famílias,  $I$  a Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF) privada (famílias e empresas),  $G$  o consumo final e a FBCF das administrações públicas (excetuando despesa de saúde),  $HEg$  as despesa de saúde das administrações

---

<sup>1</sup> Em rigor, tratando-se de fluxos, estes serão reportados em intervalos de tempo, usualmente o trimestre ou o ano referente das variáveis macroeconómicas.

públicas,  $X$  as exportações de bens e serviços e  $M$  as importações de bens e serviços. O lado esquerdo da equação (1) representa os recursos e o lado direito as aplicações (ou despesa) ao nível agregado da economia. Dado que  $Y$  tende a crescer ao longo do tempo, reescreve-se a equação (1) dividindo todas as variáveis por  $Y$  de modo a obter-se:<sup>2</sup>

$$1 + \frac{M - X}{Y} = \frac{C}{Y} + \frac{HEp}{Y} + \frac{I}{Y} + \frac{G}{Y} + \frac{HEg}{Y}. \quad (2)$$

Por outro lado, dado que, como referido em cima, as economias podem, em geral, recorrer ao exterior para obter recursos para as suas aplicações, é preciso considerar a dinâmica da dívida externa. Assim, tem-se:

$$d_x \equiv (M - X) + r_x D_x = \dot{D}_x, \quad (3)$$

onde  $d_x$  representa o défice externo,  $M - X$  o défice da balança de bens e serviços,  $D_x$  a dívida externa líquida (i.e., passivos menos activos detidos face ao exterior),  $r_x$  a taxa de remuneração implícita na dívida externa líquida (cobrindo as remunerações de capital pagas ao exterior menos a recebidas do exterior, sob a forma de juros, dividendos e rendas) e  $\dot{D}_x$  a variação absoluta da dívida externa no momento  $t$ .<sup>3</sup>

Contudo, num contexto em que uma das fontes de recursos seja a acumulação de dívida face ao exterior, existe uma outra restrição que terá que ser cumprida para além da equação (1), de modo a que a dinâmica da dívida não siga uma trajetória explosiva no longo prazo, ou seja:

$$\lim_{t \rightarrow \infty} D_{xt} e^{-r_x t} = 0. \quad (4)$$

Numa economia em que o produto,  $Y$ , cresça a uma taxa  $\dot{Y}/Y = g > 0$  no longo prazo ( $g$  pode ser medido a partir das estimativas para a taxa de crescimento do produto potencial ou do produto tendencial em média anual), pode-se mostrar que a equação (4), em associação com (3), implica impôr a restrição  $r_x > g$  em conjunto com um rácio da dívida externa líquida no produto,  $D_x/Y$ , constante em equilíbrio de longo prazo, como

<sup>2</sup> Deste ponto em diante, omitir-se-á, em regra, o índice  $t$  das expressões analíticas para simplificação da notação.

<sup>3</sup> Nesta apresentação, estão-se a assumir dois pressupostos simplificadores: não existem transferências unilaterais (correntes ou de capital) nem troca de rendimentos do trabalho com o exterior; assim, a balança corrente coincide com a balança de bens e serviços. Estamos também a considerar a dinâmica da dívida em tempo contínuo.

condição suficiente (ver Blanchard *et al.*, 1990). Ter-se-á, então,  $\dot{D}_x / D_x = g$ . Tendo isto em consideração, obtemos, a partir da equação (3):

$$\frac{X - M}{Y} = (r_x - g) \frac{D_x}{Y}. \quad (5)$$

Esta equação evidencia a relação entre o saldo externo primário (i.e., excluindo as trocas com o exterior a título de remuneração da dívida líquida; dados os pressupostos de análise, o saldo primário coincide com o saldo da balança de bens e serviços) e a dívida externa líquida em rácio do produto, sob a condição de que este último permanece constante. Note-se que, ao longo de uma trajetória sustentável da dívida, como definida acima, a economia terá que registar excedentes da balança de bens e serviços no longo prazo. Por outro lado, para dado nível de rácio da dívida no produto, o nível exigido do excedente externo como percentagem do produto é único, dado que fica completamente determinado pela relação na equação (5).

Recorrendo às equações (2) e (5) em conjunto, mostra-se que os rácios do lado direito de (2) deverão também estar constantes no longo prazo, incluindo, naturalmente,  $HEp/Y$  e  $HEg/Y$ . Ou seja, a única trajetória sustentável será aquela em que as diferentes rubricas de despesa tenderão a crescer ao mesmo ritmo do produto.<sup>4</sup> Caso contrário, dois cenários limite ocorreriam: (i) as aplicações acabariam por exceder os recursos disponíveis (aferidos, em termos relativos, por  $1 - (r_x - g)D_x/Y$ ), o que implicaria violar o limite material de recursos internos e/ou a condição de sustentabilidade da dívida externa; ou (ii) as aplicações tenderiam para zero em termos relativos, o que levaria a um equilíbrio sem interesse económico.

No entanto, será importante enfatizar que, das condições de sustentabilidade económica, apenas se deriva o resultado de rácios de despesa no produto constantes no longo prazo, mas não se retira nenhuma informação quanto aos níveis concretos em que se deverão estabelecer esses rácios. Em particular, podemos ver para as despesas de saúde que:

$$\frac{HEp}{Y} + \frac{HEg}{Y} = 1 + (r_x - g) \frac{D_x}{Y} - \frac{C}{Y} - \frac{I}{Y} - \frac{G}{Y} \quad (6)$$

Neste quadro, emergem, por um lado, as condições históricas herdadas pela economia, plasmadas no nível de  $D_x/Y$ , e, por outro, as escolhas dos agentes económicos

---

<sup>4</sup> Está-se a excluir da análise o cenário, com mais difícil suporte empírico, de uma trajetória de equilíbrio caracterizada por comportamentos oscilatórios.

(famílias, empresas e administrações públicas), refletidas em  $C/Y$ ,  $I/Y$  e  $G/Y$ , como fatores essenciais para a determinação dos níveis dos rácios de despesa de saúde. Estes aspetos poderão variar de país para país, dados os distintos percursos históricos, os diferentes enquadramentos institucionais e perfis de desenvolvimento sócio-económico, por exemplo. Daqui se conclui que, dadas as restrições elencadas, um maior (menor) nível de despesa em saúde em percentagem do produto terá que, no longo prazo, ocorrer à custa de um menor (maior) nível de despesa no conjunto das restantes rubricas de despesa, também em rácio do produto.

O conceito de sustentabilidade económica no âmbito das administrações públicas é semelhante ao de sustentabilidade para a economia agregada, mas circunscrito, naturalmente, à parcela de despesa em saúde levada a cabo pelas administrações públicas. Portanto, a sua análise faz-se reescrevendo-se a restrição orçamental em termos dos recursos e aplicações daquele setor institucional. O conceito de sustentabilidade económica neste contexto é frequentemente denominado por “sustentabilidade orçamental”.

A restrição orçamental das administrações públicas pode ser escrita como:

$$T_t + \bar{d}_t = \bar{G}_t + HEg_t, \quad (7)$$

onde  $T$  representa a receita pública total,  $\bar{G}$  a despesa pública total, excluindo a despesa pública em saúde e os encargos com juros da dívida pública,  $HEg$  a despesa pública em saúde e  $\bar{d}$  o défice primário (i.e., sem a consideração dos encargos com juros da dívida pública), em dado momento  $t$ . O lado esquerdo da equação (7) representa os recursos e o lado direito as aplicações no que diz respeito às administrações públicas. Dado que  $T$  tenderá a crescer no longo prazo (acompanhando o produto,  $Y$ ), será conveniente, para o que se segue, reescrever a equação (7) de modo a se obter:

$$1 + \frac{\bar{d}}{T} = \frac{\bar{G}}{T} + \frac{HEg}{T}. \quad (8)$$

Considerando de seguida a dinâmica da dívida pública, tem-se:

$$d \equiv \bar{d} + rD = \dot{D}, \quad (9)$$

onde  $d$  representa o défice público total,  $D$  a dívida pública e  $r$  a taxa de juro média de remuneração da dívida pública.

Seguindo o mesmo raciocínio que anteriormente, conclui-se que o rácio da dívida pública na receita pública total deverá ser constante em equilíbrio de longo prazo. Assim, com uma taxa de crescimento da receita pública de  $\dot{T}/T = g_T > 0$  no longo prazo, então  $\dot{D}/D = g_T$ . Deste modo, obtemos, a partir da equação (9):

$$\frac{-\bar{d}}{T} = (r - g_T) \frac{D}{T}. \quad (10)$$

Esta equação evidencia a relação entre o saldo orçamental primário,  $-\bar{d}$ , e a dívida pública em rácio das receitas públicas, sob a condição de que este último permanece constante.

Consequentemente, considerando as equações (8) e (10) em conjunto, mostra-se também que os rácios do lado direito da equação (8) deverão estar constantes no longo prazo, incluindo, naturalmente,  $HEg/T$ .

No entanto, dado que, em tendência de longo prazo, também se deverá esperar uma relação constante entre as receitas públicas (essencialmente receitas fiscais ou equiparadas) e o produto, então tem-se  $T = bY$ , com  $b$  constante, e logo,  $g_T = g$ . Assim, (10) reescreve-se como:

$$\frac{-\bar{d}}{Y} = (r - g) \frac{D}{Y}. \quad (11)$$

Este resultado permite chegar-se à condição de  $\bar{G}/Y$  e  $HEg/Y$  constantes no longo prazo, evidenciando-se, assim, a ligação entre as condições de sustentabilidade económica para as administrações públicas (a habitualmente designada “sustentabilidade orçamental”) e para a Nação.

Todavia, a par dos conceitos descritos acima, será também importante perceber em que circunstâncias será pertinente falar de sustentabilidade financeira e em que medida este conceito se relaciona com o conceito de sustentabilidade económica. Para o efeito, vai considerar-se a possibilidade de existência de uma restrição financeira, para lá da habitual restrição orçamental, e analisar em que medida tal modificará os resultados acima expostos.

Importa relembrar que as restrições financeiras podem assumir diferentes formas e graus, sendo um exemplo a impossibilidade de, a partir de determinado momento, se contrair mais dívida em termos líquidos, o que, continuando a admitir-se uma variação



do produto a uma taxa  $g$  positiva, equivalerá a impor-se uma descida drástica do rácio da dívida no produto. Usando a notação anterior, por exemplo para o caso da dívida externa líquida, teríamos, na equação (3),  $\dot{D}_x = 0$ . A partir daqui, obter-se-ia:

$$\frac{X - M}{Y} = r_x \frac{D_x}{Y}, \quad (5')$$

o que constitui uma condição inicial sobre o saldo externo primário claramente mais restritiva que (5). A equação (5') significa que, não estando os agentes credores mais dispostos a conceder crédito para financiar o pagamento dos juros da dívida, estes últimos têm que passar a ser cobertos integralmente por um excedente externo primário.

De modo mais geral, poderemos considerar uma restrição financeira que imponha uma redução progressiva do rácio da dívida no produto, de tal modo que a evolução da dívida se faça de acordo com  $\dot{D}_x / D_x = \bar{g}$ , onde  $0 < \bar{g} < g$ . Ter-se-ia, então:

$$\frac{X - M}{Y} = (r_x - \bar{g}) \frac{D_x}{Y}, \quad (5'')$$

e, substituindo em (2),

$$\frac{HEp}{Y} + \frac{HEg}{Y} = 1 + (r_x - \bar{g}) \frac{D_x}{Y} - \frac{C}{Y} - \frac{I}{Y} - \frac{G}{Y}. \quad (6')$$

Vê-se, também neste caso, que as condições iniciais sobre o saldo externo primário e, consequentemente, sobre o rácio das despesas em saúde no produto, são mais restritivas que em (5) e em (6). Porém, neste contexto, o rácio  $D_x / Y$  apresentará uma trajectória descendente ao longo do tempo, no limite tendendo para zero. A dinâmica da dívida voltará a ser regida pela equação (5) – isto é, pela restrição orçamental livre da restrição financeira – quando o rácio da dívida no produto cair para um nível com o qual os credores se sintam confortáveis e, portanto, que estejam dispostos a financiar. Mesmo não sendo possível, sem mais informação sobre o comportamento dos agentes credores, definir o momento em que a restrição financeira poderá desaparecer, ficará claro do exposto que aquela tenderá a ter uma natureza transitória, ainda que possivelmente prolongada no tempo.

Em suma, falar-se-á de sustentabilidade financeira sempre que, a par da restrição orçamental, exista uma restrição financeira ativa, ou seja, sempre que a equação (5')

prevaleça sobre a equação (5). Num horizonte temporal suficientemente alargado, o conceito prevalecente será o de sustentabilidade económica.

Finalmente, importará ter em mente que se, por um lado, o conceito de sustentabilidade económica formalizado acima se remete para o equilíbrio de longo prazo, por outro, as economias tendem a estar sujeitas a uma diversidade de choques que as afastam desse equilíbrio. Sendo assim, poderá ocorrer que, no curto e médio prazo, uma dada economia se encontre numa determinada trajetória de ajustamento induzida pelos referidos choques e que, portanto, os rácios de dívida não estejam constantes.

Para identificar em que medida a sustentabilidade económica poderá estar em risco em tal contexto, ou seja, em que medida se tratará realmente de uma trajetória de ajustamento para o equilíbrio de longo prazo ou se, pelo contrário, se trata de uma trajetória explosiva, alguns autores propuseram o conceito de vulnerabilidade económica (por exemplo, Baldacci *et al*, 2011; Stoian, 2011). Um indicador prático para aferir o grau de vulnerabilidade de uma economia é o desvio acumulado entre o saldo primário observado em cada período e o saldo primário necessário para estabilizar o rácio da dívida observada no período imediatamente anterior (Stoian, 2011). Aplicando, por exemplo, ao caso das administrações pública, tem-se o Indicador de Desvio Orçamental (IDO) calculado entre os períodos  $t$  e  $T$ :

$$IDO_t^T = \sum_t^T ((-\bar{d}_t^{obs}) - (-\bar{d}_t^{est})), \quad (12)$$

onde  $-\bar{d}^{est}$  é o saldo orçamental primário que se obtém a partir da equação (10) e  $-\bar{d}^{obs}$  é o saldo orçamental primário efectivamente observado. Valores negativos do indicador significam que a dívida pública está em crescimento, como reflexo de défices primários “excessivos”; valores positivos ou nulos significam que o rácio da dívida pública está em decréscimo ou estabilizado. Todavia, para além do sinal do indicador, será importante atender-se à sua dinâmica: um indicador em descida persistente (por exemplo, com uma duração superior a um ciclo económico), mesmo que com sinal ainda positivo, indicia uma acentuação do estado de vulnerabilidade orçamental, servindo como alerta precoce para uma situação de insustentabilidade orçamental a prazo.

Face ao exposto, percebe-se que, quando se atenta a um horizonte temporal de curto e médio prazo, não se acomodam, em rigor, as questões de sustentabilidade, mas as de

vulnerabilidade. Assim, no âmbito das políticas de saúde, as medidas implementadas poderão apenas visar o combate à vulnerabilidade dos sistemas de saúde, aspirando a influenciar a sua sustentabilidade.

## **2. Tipologias de sistemas de saúde e modalidades de pagamento aos hospitais e aos profissionais de saúde**

A abordagem da sustentabilidade económica dos sistemas de saúde suscita uma análise das várias tipologias de sistemas de saúde, bem como das modalidades de pagamento aos hospitais e aos profissionais de saúde.

### **2.1. Classificação dos sistemas de saúde segundo as fontes de financiamento**

O conceito de sistema de saúde, tem-se tornado progressivamente mais abrangente e, consequentemente, com fronteiras cada vez mais difíceis de identificar. A definição atualmente utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e adoptada neste trabalho, remete para “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde.” (WHO, 2000).

A classificação mais comum dos sistemas de saúde assenta na fonte de financiamento prevalecente em cada um, que, para além dos impactos evidentes que gera ao nível do financiamento, acaba por imprimir uma filosofia muito própria a cada tipo de sistema. Assim, diversa literatura (designadamente Barros *et al.*, 2002, Barros, 2009, Simões, 2004, e Tribunal de Contas, 2007) aponta para a existência de três grandes modelos de sistemas de saúde: o modelo baseado no seguro de saúde privado voluntário, o modelo baseado no financiamento via impostos e o modelo assente no financiamento através de seguros sociais obrigatórios. Sublinhe-se, contudo, que as fontes de financiamento indicadas são as preponderantes, mas não são exclusivas. Deste modo, a par destas, que podem surgir de uma forma cumulativa, existe ainda o recurso a pagamentos diretos por parte dos utentes. Por outro lado, dentro de cada tipologia de modelo encontram-se realidades não homogéneas, decorrentes de especificidades que resultam de aspetos históricos, sociais, ideológicos e culturais que marcam a identidade de cada país.

Os EUA são um exemplo recorrente e paradigmático de país com um sistema de saúde alicerçado na lógica de seguro de saúde privado voluntário.<sup>5</sup>

Já no continente europeu predominam sistemas coercivos ao invés de sistemas voluntários. Trata-se de sistemas que assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade (Tribunal de Contas, 2007).

Dentro dos sistemas coercivos, podem distinguir-se os sistemas assentes no Modelo de *Bismark* e no Modelo de *Beveridge*. O primeiro é o mais recuado no tempo e terá tido as suas raízes na Alemanha, no final do século XIX, no contexto da revolução industrial, associado a um amplo conjunto de fatores: (i) constatação de que um número elevado de trabalhadores era vítima de acidentes de trabalho e de devastadoras doenças transmissíveis; (ii) constatação do forte impacto de doenças em ambiente de guerra demonstrando que os soldados eram mais vulneráveis a doenças do que, propriamente, aos perigos diretamente subjacentes ao contexto bélico; e (iii) florescimento de movimentos socialistas na Europa a induzir os governos a esvaziar a gestão dos seguros de saúde emergentes das funções dos sindicatos e criar a autonomia financeira necessária para desencadear ações de reivindicação política e laboral (Simões, 2004).

A instituição do Modelo de *Bismark* acabou por influenciar outros países como a França, Bélgica, Áustria, Luxemburgo e Países Baixos. Na sua génese, estão características como: (i) os seguros sociais são de adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos da cobertura, não estando assegurada a universalidade da cobertura; (ii) o financiamento é feito por contribuições de empregadores e empregados, com base nos salários e independentes do nível de risco de doença individual; (iii) o Estado garante as contribuições de alguns grupos populacionais especialmente vulneráveis; (iv) o Estado especifica um pacote básico de benefícios, deixando a recolha das contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença (quase) públicos (Tribunal de Contas, 2007).

---

<sup>5</sup> A Suíça possui um sistema de saúde que segue filosofia análoga, mas, ao contrário do que acontece nos EUA, a avaliação do risco subjacente à fixação de prémios de seguro é feita numa base colectiva e não numa base individual

Não sendo, no seu âmago, de cariz universal, o Modelo de *Bismark*, na prática, de acordo com Barros *et al.* (2002), contempla três padrões de cobertura: (i) um primeiro padrão encontra-se em países onde praticamente toda a população está coberta pelo seguro compulsório e onde a cobertura é total, como na Áustria, em França e no Luxemburgo; (ii) um segundo padrão é encontrado em países onde praticamente toda a população está coberta pelo seguro compulsório mas onde uma fatia da população recebe apenas uma cobertura parcial, como na Bélgica e nos Países Baixos; e (iii) um terceiro padrão é encontrado nos países onde apenas uma parte da população está coberta pelo seguro compulsório, de que é exemplo a Alemanha. Apesar da falta de uniformização dentro dos países que integram este sistema de saúde, em todos os casos o seguro de saúde obrigatório faz parte do sistema de segurança social, que inclui outras componentes de proteção social como as pensões e os apoios ao desemprego. Acresce a independência dos fundos de seguro de saúde face aos governos e aos Orçamentos do Estado, constituindo, portanto, corpos independentes, com gestão, orçamento e estatuto legal próprios.

Já o segundo modelo – Modelo de *Beveridge* – cuja origem residiu no esquema de seguro social, teve o seu início no Reino Unido, após a II Guerra Mundial, alastrando-se, depois, a outros países como a Dinamarca, a Finlândia, a Irlanda, a Suécia e, mais recentemente (nos anos 70 e 80 do século passado), a Portugal,<sup>6</sup> Espanha, Grécia e Itália.

Trata-se de um modelo assente na criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que se apoia em cinco princípios fundamentais: (i) responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos, que deve proporcionar cuidados tendencialmente gratuitos no momento em que a necessidade se efetiva; (ii) abrangência, englobando todos os cuidados de saúde; (iii) universalidade, responsabilizando-se o Estado pela prestação de serviços a toda a população; (iv) igualdade, com uma prestação de serviços não discriminatória, seja em termos económicos, sociais ou demográficos; (v) autonomia profissional e, sobretudo, clínica, permitindo a utilização da mais moderna tecnologia sem interferência das organizações administrativas (Simões, 2004).

---

<sup>6</sup> Uma breve descrição da evolução do sistema de saúde português encontra-se no Apêndice B.

Atentando à realidade europeia, os seguros de saúde privados voluntários têm, portanto, uma expressão relativamente reduzida. Neste âmbito, e seguindo a tipologia sugerida por Mossialos e Thomson (2002), que divide os seguros de saúde voluntários em substitutivos, complementares e suplementares, podemos apontar uma primazia de seguros de cariz suplementar, na medida em que, na maior parte dos casos, a subscrição de seguros desta natureza visará o aumento da escolha dos consumidores e o aumento do acesso a cuidados de saúde, redundando naquilo que habitualmente se designa por “dupla cobertura”. Porém, há casos em que o cariz complementar dos seguros é preponderante, cobrindo serviços não contemplados no sistema de saúde, de que podem ser exemplo cuidados odontológicos, serviços de medicina alternativa, custos de transporte e os co-pagamentos, sendo que neste último caso o recurso a seguros assume especial importância, de acordo com aqueles autores, em países como a França, Bélgica, Luxemburgo, Irlanda e Dinamarca. Finalmente, também não é de ignorar o papel substitutivo que os seguros podem ter em sistemas como o alemão, para os indivíduos de rendimentos elevados, ou como o espanhol, para os funcionários públicos. Realce-se, todavia, que nem sempre é fácil identificar a tipologia de seguro de saúde voluntário mais relevante em cada país, especialmente quando em causa está o papel assumido pelo seguro complementar e o seguro suplementar. Acomodando esta ressalva, pode dizer-se que, no caso português, tal como na maioria dos países com SNS, o seguro de saúde voluntário tende a assumir com maior proeminência a função de seguro suplementar, funcionando como uma porta de acesso rápida a serviços de saúde e a um leque mais amplo de escolha. Todavia, apesar do que está plasmado na legislação, também se verifica que os seguros voluntários privados assumem, na prática, um papel complementar, na medida em que cobrem serviços que não são efetivamente cobertos pelo SNS.

A classificação dos sistemas de saúde aqui exposta, apesar de ser uma classificação usualmente utilizada e estar intimamente associada à questão do financiamento, tocando, à partida, a noção de sustentabilidade, não determina resultados na esfera desta última. Todavia, a sua compreensão parece ser imprescindível para o desenho de uma profícua política de saúde e, nessa medida, de medidas tendentes a contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Delinear medidas que permitam assegurar a desejada trajetória com vista à sustentabilidade dos sistemas de saúde, nomeadamente através da sua eficiência, impõe,

também, conhecer as diferentes modalidades de pagamento às unidades de saúde e aos profissionais de saúde e, sobretudo, conhecer as vantagens e desvantagens de algumas combinações. Na verdade, uma componente importante da tão desejada sustentabilidade dos sistemas de saúde reside, precisamente, nesta vertente.

## **2.2. Classificação das modalidades de pagamento às unidades prestadoras de cuidados de saúde e aos profissionais de saúde**

De forma genérica, identificam-se na literatura (nomeadamente em Barros *et al.*, 2002, Barros, 2009, Simões, 2004, Tribunal de Contas, 2007) dois tipos de pagamentos aos prestadores de serviços de saúde (por exemplo, hospitais), com distintos impactos na eficiência e na contenção de custos nas despesas de saúde: o sistema de pagamento retrospectivo ou por reembolso e o sistema de pagamento prospetivo.

No pagamento por reembolso, o pagamento dos serviços de saúde é realizado *ex-post* com base nos custos incorridos. Verifica-se um isolamento do prestador face à incerteza de custos e, como todas as despesas de saúde são reembolsadas, gera um baixo incentivo à procura de ganhos de eficiência. No pagamento prospetivo dos serviços de saúde, o pagamento é definido *ex-ante*, independentemente dos custos incorridos pelo prestador. O valor pago pode ser apurado através dos custos históricos do próprio prestador (o que poderemos designar por abordagem *backward-looking*) ou refletir o custo esperado para a situação em causa, apurado, por exemplo, a partir dos valores obtidos nas melhores práticas internacionais (abordagem *forward-looking*). Este tipo de pagamento é caracterizado por uma transferência da incerteza de custos para o prestador e, por esta via, por um incentivo à procura de ganhos de eficiência, dado que o prestador retirará benefícios se for mais eficiente e, portanto, incorrer em custos abaixo do valor médio que serviu de referência para o montante a pagar. Assim, o efeito direto da passagem de um sistema de pagamento retrospectivo para um de pagamento prospetivo será o de redução quer da quantidade quer da qualidade dos serviços de saúde prestados. No entanto, o efeito indireto associado ao incentivo à redução dos custos de fornecimento do serviço poderá mais que compensar o referido efeito direto.

A análise anterior focalizou-se nos sistemas de pagamento na sua forma pura. Contudo, podem conceber-se sistemas que combinem, de algum modo, a componente retrospectiva com a prospetiva, explorando as virtudes de ambas e, ao mesmo tempo, mitigando as

suas desvantagens. – os designados sistemas mistos.<sup>7</sup> O Apêndice A analisa, em maior detalhe, algumas das principais implicações dos diferentes tipos de pagamentos dos serviços de saúde disponíveis.

Tal como para os hospitais, também no contexto das modalidades de pagamento aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários (aqui restringidos aos médicos), se podem aplicar, de um ponto de vista concetual, o sistema retrospectivo ou o sistema prospetivo.

Sob a perspetiva operacional, o pagamento a estes profissionais contempla habitualmente três formas:

- A) Formas ligadas às diferentes “unidades de medida do serviço dos cuidados prestados pelos médicos”
  - Ato (*fee-for-service*)
- B) Outras formas:
  - Salário
  - Capitação

Dadas as características e os incentivos subjacentes a cada forma de pagamento, tem-se assistido a uma tendência para articular formas distintas na remuneração aos profissionais dos serviços dos cuidados de saúde primários, combinando mais do que uma modalidade (ver Tabela A.2 do Apêndice A). Note-se que no salário, está em causa o pagamento do recurso em si, ou seja, a remuneração pelo tempo despendido pelo médico, não incentivando a quantidade de serviços prestada. Por sua vez, o pagamento por ato traduz a remuneração do serviço prestado pelo recurso (médico), podendo levar a uma prestação até excessiva de serviços. Finalmente, o pagamento por capitação, ao ter implícita a responsabilidade do médico por uma dada população mas não premiando mais atos por doente, cria um estímulo à selecção de indivíduos saudáveis e em grande número na lista de pacientes de cada profissional. Ora, uma forma de não coartar nem a quantidade nem a qualidade dos serviços prestados e de fomentar a eficiência é, justamente, conciliar diferentes alternativas.

A panóplia de esquemas de pagamento existentes, quer para os hospitais quer para os profissionais de saúde, sugere uma ausência de correlação forte entre os três tipos de

---

<sup>7</sup> O estudo formal destes sistemas tem sido feito tipicamente no contexto dos sistemas de pagamento por incentivos (por exemplo, Laffont e Tirole, 1986).



sistemas de saúde e as modalidades de pagamento acabadas de descrever. Mas, em simultâneo, evidencia a relevância do seu conhecimento aprofundado para a prossecução de políticas de saúde que acautelem a quantidade e a qualidade de cuidados de saúde.

Embora o enfoque isolado no pagamento às unidades de saúde e aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários faça já antecipar constrangimentos em algumas das modalidades disponíveis, é na combinação dos dois pagamentos que as políticas de saúde se têm de centrar de modo a assegurar a melhor utilização dos recursos financeiros ao dispor da saúde. Na verdade, é preciso atender ao efeito da referenciação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, pelo que os resultados obtidos - sejam em termos de custos médios do hospital, de taxa de referenciação ou de nível de prevenção - dependem da visão integrada do financiamento das unidades hospitalares e dos profissionais dos cuidados de saúde primários. A experiência internacional espelha diversas realidades, sendo que, em muitos casos, cada país já vivenciou mais do que uma combinação de tipos de pagamento, sugerindo que o caminho tem sido trilhado numa lógica de tentativa-erro.

### **3. Despesa em saúde: determinantes e medidas de contenção de despesa**

Após a caracterização genérica dos principais tipos de sistemas de saúde e das principais modalidades de pagamento aos prestadores de serviços de saúde, a presente secção apresenta os principais fatores determinantes da despesa em saúde elencados na literatura especializada.

O interesse pela identificação de tais determinantes remonta à década de 50 do século passado, numa altura em que os países desenvolvidos evidenciavam um crescimento económico acentuado, acompanhado por um aumento da despesa em saúde e por importantes reformas sociais. Surgiu, assim, uma vasta literatura empírica dedicada a este tópico, embora a aparente falta de uma base concetual teórica sólida tenha implicado que muitos dos trabalhos empíricos recorressem a abordagens de natureza essencialmente *ad hoc* (Barros, 2009).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Uma importante exceção, enquanto estudo dos determinantes da despesa em saúde assente num modelo teórico formal, encontra-se em Jones (2002).

Como síntese dos (potenciais) determinantes da despesa em saúde estudados na literatura, podem indicar-se, pelo lado da procura, o envelhecimento da população, o crescimento do rendimento e o alargamento do acesso e cobertura dos seguros de saúde, enquanto que, do lado da oferta, foram identificados o progresso tecnológico, a indução de procura pelos prestadores de cuidados de saúde, a forma de organização do sistema de saúde de acordo com segundo a tipologia da OCDE e a existência de um sistema de referenciação (Gerdtham and Jönsson, 2000; Simões, 2004; European Commission, 2010).

No caso do envelhecimento da população, o seu efeito sobre a despesa em saúde revela-se positivo nos estudos empíricos, mas aparecendo com frequência como estatisticamente não significativo, ao contrário da percepção que perpassa no debate político (por exemplo, Barros, 1998; Oxley e MacFarlan, 1994; Gerdtham e Jönsson, 2000). Todavia, o impacto do envelhecimento da população na trajetória das despesas em saúde tem de atender ao perfil demográfico da amostra analisada, à taxa de utilização dos serviços de saúde, às modalidades de cuidados a prestar às pessoas mais idosas, entre outros, sugerindo prudência nos resultados obtidos nos estudos empíricos (Oxley e MacFarlan, 1994). Em todo o caso, parece ser indiscutível que a despesa com saúde tende a aumentar no momento imediatamente anterior à morte (Lubitz e Riley, 1993; Felder *et al.* 2000; Breyer e Felder, 2006).

Quanto ao rendimento, o seu efeito sobre a despesa em saúde surge habitualmente como estatisticamente significativo (Gerdtham and Jönsson, 2000). Em causa está, basicamente, o facto de, à medida que o rendimento aumenta, os cidadãos exigirem e consumirem mais serviços de saúde. Contudo, apesar da consensualidade relativamente ao facto da elasticidade-rendimento da procura de serviços de saúde ser positiva, os estudos empíricos que testaram o efeito do rendimento sobre a despesa em saúde não são coincidentes quanto ao valor estimado para a elasticidade-rendimento e, em particular, se esta é inferior ou superior a um. Por exemplo, os estudos que seguem a abordagem macro, recorrendo ao Produto Interno Bruto (PIB) como variável de rendimento, tendem a obter elasticidades superiores à unidade (por exemplo, Newhouse, 1977; Leu, 1986; Barros, 1998; Getzen, 2000),<sup>9</sup> enquanto que os estudos na vertente

---

<sup>9</sup> Estes estudos baseiam-se, habitualmente, em estimações em séries temporais para dado país ou em estimações sobre amostras seccionais de países. Refira-se, porém, que existem estudos macro baseados em dados em painel que apontam para elasticidades inferiores à unidade Freeman (2003) e Ginsburg (2008).

micro, desenvolvidos com base em estatísticas detalhadas ao nível das famílias individuais, tendem a obter elasticidades claramente inferiores a um (Grossman, 1972; Muurinen, 1982; Manning *et al.*, 1987).

No que respeita ao alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde, está em causa o facto de tal reduzir o montante de pagamento por parte do utente no momento do consumo, induzindo, assim, uma perceção de redução do preço suportado. Na medida em que tal implique um acréscimo de procura, ocorrerá um fomento das despesas em saúde (note-se que o preço efetivo não se altera neste contexto). A elasticidade-preço estimada nos estudos empíricos, embora negativa, é habitualmente de valor absoluto muito reduzido, o que significa que o efeito do alargamento do acesso e da cobertura dos seguros sobre a despesa em saúde tenderá a ser diminuto (por exemplo, Manning *et al.*, 1987; Newhouse, 1992). Note-se, porém, que existe um conjunto de efeitos indiretos potencialmente associados aos seguros de saúde (designadamente, sobre a produtividade dos prestadores e sobre o ritmo de introdução de novas tecnologias) que, por sua vez, poderão ter um impacto relevante sobre a trajetória da despesa em saúde (Ginsburg, 2008).

No que diz respeito ao progresso tecnológico na saúde, em apreço está, desde logo, o tipo de inovação que conduz a novas técnicas, novos medicamentos, novos equipamentos ou novos atos, dando origem a uma oferta até então inexistente. Tal implicará um acréscimo direto da despesa em saúde, ao nível agregado, na medida em que a elasticidade da procura face aos novos serviços de diagnóstico e de terapêutica seja positiva (Cutler and McClellan, 2001; Jones, 2002). A este impacto direto poderão adicionar-se efeitos indiretos decorrentes, por exemplo, da extensão da esperança de vida de pacientes sujeitos a patologias anteriormente fatais, mas que, embora sobrevivendo devido ao progresso tecnológico, precisarão de cuidados continuados dispendiosos (Moïse, 2003).

Acresce que, mesmo que o progresso tecnológico possibilite uma redução do preço médio de novos serviços e tratamentos, o índice de preços na saúde tende a ser superior ao da média da economia: a combinação de uma elevada intensidade em fator trabalho nos serviços de saúde (como na generalidade dos serviços) com o facto do progresso tecnológico na saúde não ser significativamente poupador de fator trabalho, induz uma tendência ascendente do preço relativo dos serviços de saúde (Baumol, 1993).

A avaliação empírica do impacto do progresso tecnológico nas despesas em saúde é dificultada pelo problema de mensuração do progresso tecnológico agregado em saúde, tanto diretamente como via *proxies*. No entanto, diversos estudos, recorrendo a diferentes metodologias, (por exemplo, Newhouse, 1992; Barros, 1998; Cutler and McClellan, 2001; Okunade and Murthy, 2002), convergem na conclusão que o progresso tecnológico é um dos mais importantes determinantes do aumento da despesa em saúde.

Outro determinante das despesas em saúde em foco nos estudos empíricos tem sido a indução de procura por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Num contexto de assimetria de informação entre o doente e o prestador de cuidados de saúde, com o segundo a deter uma melhor informação e conhecimento que o primeiro relativamente ao seu estado de saúde, poderá haver lugar para um empolamento da quantidade de cuidados de saúde prestados, induzindo, nessa medida, um aumento da despesa. Apesar da dificuldade em identificar e mensurar este tipo de fenómenos, os resultados na literatura apontam para que se trate de um determinante pouco relevante do crescimento de despesa em saúde (por exemplo, Newhouse, 1992, e Smith *et al.*, 2000).

Quanto à forma de organização dos sistemas de saúde, Gerdtham *et al.* (1998) aponta para que os sistemas de reembolso público sejam menos dispendiosos que os sistemas de integração vertical pública e sistemas contratuais (classificação da OCDE). Todavia, Barros (1998), focando-se no impacto do tipo de sistema de saúde na taxa de crescimento (em vez do nível) da despesa em saúde, não encontra significância estatística.

Por fim, no que toca a existência de referenciação,<sup>10</sup> há estudos que testam a hipótese de esta estar associada a uma menor despesa em saúde, na medida em que tenderá a propiciar um direcionamento mais criterioso dos utentes para os hospitais e para os médicos especialistas. Gerdtham *et al.* (1998) e Gerdtham e Jönsson (2000) encontram uma relação negativa estatisticamente significativa entre a existência de referenciação e o nível de despesa em saúde. Já Barros (1998) conclui pela existência de uma relação não significativa entre referenciação e a taxa de crescimento da despesa.

---

<sup>10</sup> Este é um mecanismo através do qual o doente é primeiramente observado por um médico de clínica geral, que, se justificável, o encaminha para prestadores com maior nível de especialização.

Na Tabela 1.1., apresenta-se uma síntese dos resultados dominantes na literatura empírica no que toca os determinantes da despesa em saúde.<sup>11</sup>

**Tabela 1.1. Determinantes da despesa decuidados de saúde**

	Fatores	Efeito direto estimado
Fatores do lado da procura	Envelhecimento da população	Não significativo
	Crescimento do rendimento	Significativo
	Alargamento do acesso e cobertura dos seguros de saúde	Não significativo
Fatores do lado da oferta	Progresso tecnológico	Significativo
	Indução de procura pelos prestadores de cuidados de saúde	Não significativo
	Forma de organização do sistema de saúde	Significativo (nível de despesa)
	Existência de um sistema de referênciação	Significativo (nível de despesa)

Fonte: elaboração própria com base em Gerdtham and Jönsson (2000), Simões (2004) e European Commission (2010).

Na linha da preocupação com o aumento excessivo da despesa em saúde, foram-se desenhando, ao longo das últimas décadas, políticas de contenção das mesmas, contemplando um vasto leque de medidas, de entre as quais se podem apontar as apresentadas na Tabela 1.2.

<sup>11</sup> O nível de significância assumido por algumas variáveis, sejam elas do lado da oferta sejam do lado da procura difere entre os estudos, refletindo fatores como o horizonte temporal e o período de tempo considerado, bem como a metodologia utilizada.

**Tabela 1.2. Medidas de contenção de despesa em saúde**

<p><u>Aplicadas no sistema de saúde</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Campanhas de prevenção de doenças;</li><li>- Submissão da introdução de inovação publicamente financiada à avaliação de agências especializadas na análise custo-benefício social;</li></ul> <p><u>Aplicadas nas unidades e profissionais de saúde</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Redução da capacidade dos hospitais (número de camas, nomeadamente as dirigidas a doentes agudos, concentração de unidades prestadoras de cuidados de saúde);</li><li>- Integração dos cuidados de saúde, recorrendo à integração vertical (como por exemplo, as Unidades Locais de Saúde) e à integração horizontal (como por exemplo, os Centros Hospitalares);</li><li>- Reforço do investimento no ambulatório e na função de referenciação deste para os cuidados hospitalares;</li><li>- Separação entre a função de prestação e a função de financiamento, acompanhada pelo desenvolvimento de mecanismos de contratualização da atividade, mais exigentes para os prestadores;</li><li>- Empresarialização das instituições públicas de prestação de cuidados de saúde;</li><li>- Adoção de alternativas à hospitalização (por exemplo, hospitais de dia);</li><li>- <i>Outsourcing</i> de atividades não nucleares na prestação de cuidados de saúde (por exemplo, logística, <i>catering</i>, etc);</li><li>- Partilha de custos com utentes nas taxas moderadoras;</li><li>- Limites à formação de profissionais de saúde, com restrições, em especial nas escolas de medicina;</li><li>- Alteração das modalidades de pagamentos aos prestadores (por exemplo, tendência para a passagem de modelos retrospectivos para pagamentos prospetivos e para sistemas mistos);</li><li>- Controlo dos salários dos profissionais de saúde do setor público e sua progressão de carreira;</li></ul> <p><u>Aplicadas no medicamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Partilha de custos com utentes no custo dos medicamentos;</li><li>- Utilização de preços de referência para o estabelecimento de preços dos medicamentos;</li><li>- Liberalização da venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM);</li><li>- Promoção da prescrição de medicamentos genéricos;</li><li>- Adoção de listas positivas e negativas nos medicamentos.</li></ul>
--

Fonte: elaboração própria com base em Tribunal de Contas (2007).

Atendendo às medidas enumeradas, conclui-se que não devem ser encaradas de uma forma isolada e que algumas delas podem surtir resultados perversos se mal doseadas ou mal combinadas com outras iniciativas (por exemplo, medidas que visem a limitação da formação de profissionais de saúde podem criar problemas em termos de acesso a cuidados de saúde, traduzidos, por exemplo, num aumento de listas de espera ou, mais

genericamente, medidas que visem diretamente uma contenção de despesa podem comprometer a introdução de progresso tecnológico, dado que este implica a utilização de um grande montante de recursos). A implementação deste tipo de iniciativa implica, portanto, a sua integração numa política coerente, que assegure a devida articulação entre as suas diversas componentes.

A preocupação em torno da capacidade de manutenção dos sistemas de saúde, desencadeou estudos prospetivos em matéria de despesa de saúde. Nesta linha, destaca-se um estudo realizado por OCDE (2006) e que constrói dois tipos de cenários para um horizonte temporal compreendido entre 2005 e 2050: (i) cenário de pressão de custos (“*cost-pressure*”), no qual é considerada uma ausência de política ativa; e (ii) cenário de contenção de custos (“*cost-containment*”), no qual é considerado o resultado da assunção de políticas que visam evitar o crescimento das despesas públicas (pese embora não identifique medidas para tal desiderato).

No primeiro cenário, observar-se-ia um aumento da despesa pública em saúde no PIB de 4,2 pontos percentuais (p.p.) em Portugal, passando de 6,7% para 10,9%, enquanto no conjunto dos países da OCDE se verificaria um aumento de 3,9 p.p., passando de 5,7% para 9,6%. Se se adicionasse a despesa pública com cuidados continuados, passar-se-ia de uma despesa pública total em saúde no PIB de 6,9% para 13,1% em Portugal e de 6,8% para 12,9% na OCDE.

Já no segundo cenário, assistir-se-ia a um aumento da despesa pública em saúde no PIB de 2,4 p.p. em Portugal, passando para 9,1%, enquanto no conjunto dos países da OCDE se verificaria um aumento de 2 p.p., passando para 7,7%. Atendendo também à despesa pública com cuidados continuados, passar-se-ia, em 2050, para uma despesa total em saúde no PIB de 10,4% em Portugal e de 10,1% na OCDE.

## Capítulo 2. Evolução dos principais indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde portugueses e de países de referência

### 1. Delimitação geográfica do âmbito de análise

Na presente secção, pretende-se analisar a evolução dos indicadores de sustentabilidade económica do sistema de saúde português, enquadrando-o no contexto internacional. Com esse intuito, torna-se necessário proceder, previamente, a uma seleção de países para, em conjunto com a média da OCDE, efetuar uma comparação com a realidade nacional.

Esta seleção de países deixará escapar, certamente, casos interessantes para confrontação com o panorama português. Porém, o intuito é escolher um leque restrito de países que, de acordo com determinados critérios identificados de seguida e que se pretendem pertinentes, enriqueçam a análise que se propõe fazer.

Assim sendo, são aplicados três critérios para a seleção dos países a estudar. O primeiro critério consiste na identificação dos países que melhor poderão representar os principais sistemas de saúde segundo as fontes de financiamento<sup>12</sup>, ou seja, que poderão ser considerados países-tipo nesta perspetiva. O segundo critério consiste na identificação de países com os quais Portugal tem maior afinidade, remetendo para aquela que poderá ser designada por “proximidade institucional”. Por fim, o terceiro critério será o da “proximidade estrutural” a Portugal, na vertente da despesa em saúde.

Do primeiro critério, decorrem os países pioneiros nos diferentes sistemas de saúde: Alemanha no caso do Modelo de *Bismark*, Reino Unido no caso do Modelo de *Beveridge* e os EUA no caso do Sistema de Seguro de Saúde Privado Voluntário.

Através do segundo critério, chegamos a Espanha e Itália,<sup>13</sup> que são países que, tal como Portugal, passaram de um modelo de financiamento inspirado em *Bismark* para

---

<sup>12</sup> À luz do explicado na Secção 2.1. do Capítulo 1.

<sup>13</sup> De acordo com este critério, poder-se-ia, também, incluir a Grécia. Porém, para este caso, não estão disponíveis dados para a despesa *out-of-pocket* em número suficiente para se efetuar uma análise temporal cabal, impedindo, desse modo, a elaboração e interpretação de indicadores relevantes para o trabalho subsequente.



um modelo inspirado em *Beveridge* numa fase já algo tardia no contexto da Europa Ocidental.

Para se chegar aos países que resultam do terceiro critério, identificaram-se quatro indicadores de natureza diversa: (i) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que, por sua vez, se desdobra em quatro sub-indicadores: esperança média de vida à nascença (captando a denominada dimensão "vida longa e saudável"), média de anos de escolaridade e anos de escolaridade esperados (captando a dimensão "conhecimento") e o Rendimento Nacional Bruto (RNB) *per capita* (captando a dimensão "padrão de vida condigno"); (ii) a população residente; (iii) a despesa total em saúde no PIB; e (iv) a despesa total em saúde *per capita*.

Relativamente ao indicador IDH, a sua dimensão "vida longa e saudável" surge como um indicador indireto de *output* de cuidados de saúde, enquanto as dimensões "conhecimento" e "padrão de vida condigno" podem ser tomadas como indicadores para variáveis explicativas do *input*. Quanto à população residente, enquanto medida de escala do país, trata-se de um indicador indireto de eficiência, captando o efeito de eventuais economias de escala na produção de cuidados de saúde. Por seu turno, a despesa total em saúde em percentagem do PIB é um indicador direto de *input* na vertente da sustentabilidade económica e a despesa total em saúde *per capita* é um indicador direto de *input* na vertente da cobertura de cuidados de saúde.

**Tabela 2.1. Indicadores estruturais para a seleção de países**

Países	IDH 2010				População (milhões de hab., 2008)	Despesa saúde (% no PIB, 2009)	Despesa saúde <i>per capita</i> (USD, PPC, 2009)
	Esperança de vida à nascença (anos)	Média de anos de escolaridade (anos)	RNB <i>per capita</i> (USD PPC)	Índice			
Portugal	79,1	8,0	22105	0,795	11	10,1	2508
Polónia	76,0	10,0	17803	0,795	38	7,4	1394
Hungria	73,9	11,7	17472	0,805	10	7,4	1511
Eslováquia	75,1	11,6	21658	0,818	5	9,1	2084
Eslovénia	78,8	9,0	25857	0,828	2	9,3	2579
Rep. Checa	76,9	12,3	22678	0,841	10	8,2	2108

Fonte: RDH 2010, *World Bank Indicators* 2010, *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Nota: PPC – Paridade de Poder de Compra

Nota: Chipre, Estónia e Malta foram excluídos da análise devido à sua reduzida dimensão populacional.

Na seleção de países no âmbito deste terceiro critério, partiu-se dos países europeus que estão mais próximos de Portugal no indicador IDH, atendendo somente às posições superiores às do nosso país. A restrição da escolha a países europeus pretendeu assegurar a disponibilidade de dados necessários para o exercício de vários cenários que se pretende elaborar no âmbito deste trabalho. Com a aplicação deste indicador, obteve-se uma primeira lista de países, composta, para além de Portugal, por Polónia, Hungria, Eslováquia, Eslovénia e República Checa.

De seguida, para este grupo de países, foram adicionados os restantes indicadores constantes da Tabela 2.1 e calculada uma medida de proximidade estrutural face a Portugal, com base na distância euclidiana. Em termos genéricos, considerando um país  $P$  caracterizado pelo vetor de indicadores  $(p_1, \dots, p_n)$  e um país  $X$  caracterizado pelo vetor de indicadores  $(x_1, \dots, x_n)$ , tem-se:

$$d_{px} = \sqrt{\sum_{i=1}^n (p_i - x_i)^2}.$$

Como mostrado na Tabela 2.2, a medida de proximidade estrutural foi apurada segundo cinco formas: na coluna (a), considerando o IDH, a população, a despesa em saúde em percentagem do PIB e a despesa *per capita* em saúde; na coluna (b), considerando todos os indicadores da coluna (a) exceto a população; na coluna (c), considerando individualmente os três sub-indicadores do IDH apresentados na Tabela 2.1, acrescidos da população, do rácio da despesa em saúde no PIB e da despesa *per capita* em saúde; na coluna (d), considerando todos os indicadores incluídos na coluna (c) com exceção da população; e na coluna (e), eliminando de (c) o sub-indicador de IDH relativo ao RNB.

Constata-se que, nas cinco situações, os países mais próximos de Portugal são a Eslovénia e a Eslováquia, que, diferentemente de Portugal, possuem atualmente sistemas de saúde que se inspiram no Modelo de *Bismark* (Albrecht *et al.*, 2002 e Szaliet *al.*, 2011).

**Tabela 2.2. Medida de proximidade estrutural face a Portugal**

Países	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Polónia	3,943	3,341	4,586	4,081	4,381
Hungria	3,231	3,230	4,836	4,835	4,610
Eslováquia	1,818	1,757	3,168	3,134	3,165
Eslovénia	2,040	1,917	1,674	1,521	1,184
República Checa	3,119	3,118	3,342	3,341	3,337

Fonte: elaboração própria; cálculos realizados com base em RDH 2010, *World Bank Indicators* 2010, *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

O âmbito geográfico da presente análise contempla, por isso, para além de Portugal, sete países: Reino Unido, Alemanha, EUA, Espanha, Itália, Eslovénia e Eslováquia.

## 2. Análise descritiva dos indicadores selecionados

Na presente secção, pretende-se analisar a trajetória trilhada por Portugal e pelos restantes países selecionados na secção precedente no âmbito de indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde considerados à luz do conceito formal de sustentabilidade explanado na Secção 1 do Capítulo 1. Deste modo, foi recolhida informação estatística referente ao período compreendido entre 1990 e 2009<sup>14</sup> para os oito países em causa – Portugal, Reino Unido, Alemanha, EUA, Eslovénia, Eslováquia, Espanha e Itália – e para a média da OCDE, tendo como fontes a base de dados da saúde da OCDE (*OECD.Stat*, <http://stats.oecd.org/>) e a base de dados macroeconómicos da Comissão Europeia (*AMECO*, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/ameco/](http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/)). A partir destes dados, procedeu-se à construção dos seguintes indicadores com vista à caracterização do desempenho dos oito países nas últimas duas décadas:

- Despesa total em saúde em percentagem do PIB – indicador de sustentabilidade económica (Nação);
- Despesa pública em saúde em percentagem da receita pública total – indicador de sustentabilidade económica (Estado);

<sup>14</sup> À data de elaboração deste trabalho, o ano de 2009 era o ano mais recente para o qual estavam disponíveis dados sobre a despesa em saúde.

- Despesa de saúde *out-of-pocket* (famílias) em rácio do rendimento disponível bruto das famílias – indicador de sustentabilidade económica (famílias);<sup>15</sup>

Adicionalmente, considerou-se também a despesa total em saúde *per capita* (medida em dólares à Paridade dos Poderes de Compra, USD PPC), que, enquanto indicador de cobertura de cuidados de saúde,<sup>16</sup> dá uma informação (ainda que indireta) relativamente à utilidade derivada da aplicação dos recursos em saúde.

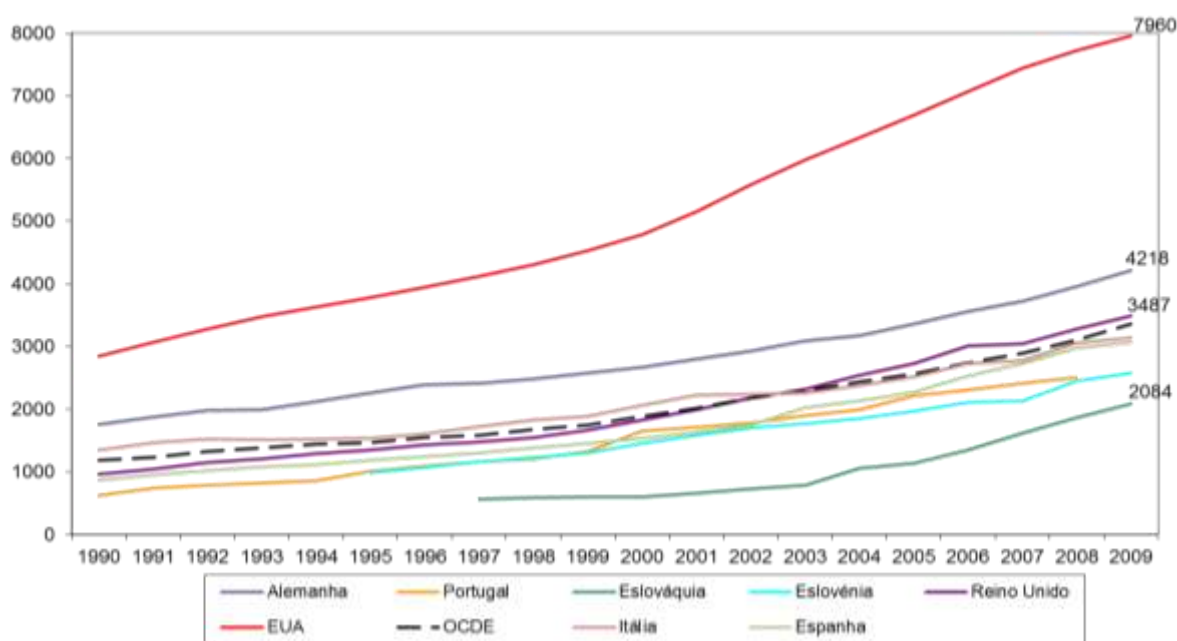
Começando pela despesa em saúde *per capita*, medida em dólares em PPC, verifica-se que, entre 1990 e 2009, evidenciou uma tendência de aumento tanto na média da OCDE como em cada um dos países em análise, sendo de realçar o crescimento médio anual registado na Eslováquia (11,5%), culminando em 2.084 USD, seguido do crescimento verificado em Portugal (8,0%), que atingiu, em 2008, 2.508 USD, face à evolução patenteada pelo conjunto dos países da OCDE (5,6%), que, no final do período apresentava uma despesa per capita de 3.361 USD. Abaixo deste referencial, estiveram apenas a Alemanha (4,7%) e Itália (4,5%), estando os EUA numa situação equiparada à da OCDE. Porém, dividindo o período em análise em dois sub-períodos, de 1990 a 2000 e de 2000 a 2009, constata-se ter havido um abrandamento na despesa *per capita* em saúde no caso português, passando de uma taxa média anual de 10,2% na primeira década para 5,3% na segunda. Também na Eslovénia se observou um abrandamento do primeiro sub-período para o segundo, embora menos pronunciado que no caso português.

---

<sup>15</sup> Note-se, porém, que a despesa *out-of-pocket* não esgota a despesa das famílias (não inclui, designadamente, os prémios de seguros voluntários). Mas os dados disponíveis permitiram apenas incluir esta rubrica de despesa das famílias.

<sup>16</sup> Este indicador permite comparações internacionais se se tiver em consideração que a eficiência do processo de produção de serviços de saúde não varia significativamente entre países, tal como sugerido pelos estudos empíricos (por exemplo, Afonso e St. Aubyn, 2005) e abstraindo-nos do eventual distinto padrão de procura de cuidados de saúde (por exemplo, devido a diferenças na incidência de doenças entre países).

**Gráfico 2.1. Despesa total em saúde *per capita* (USD PPC), 1990-2009**



Fonte: OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/>).

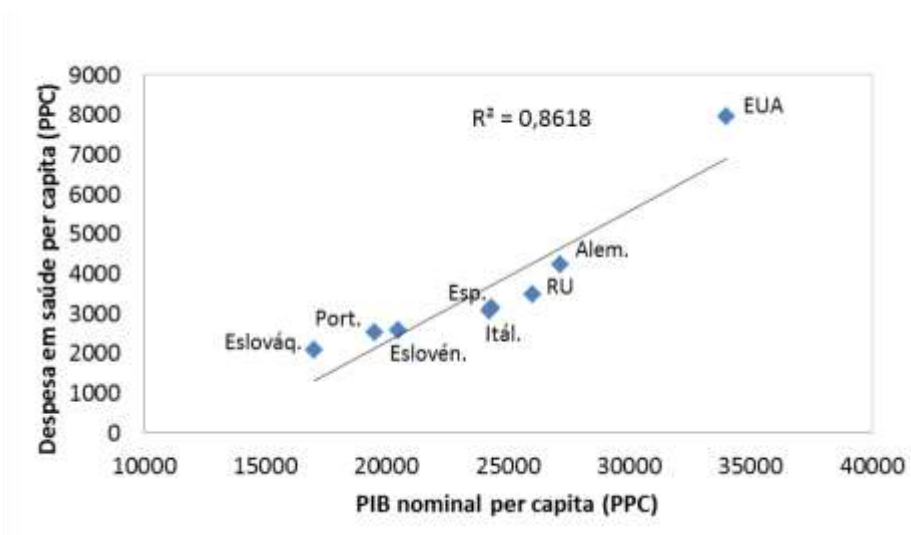
Atendendo ao nível da despesa *per capita* em saúde, é notória a superioridade dos EUA face ao total dos países da OCDE em todo o período em estudo<sup>17</sup> (240% da média da OCDE para a despesa *per capita* em saúde em 1990 e 237% em 2009), situação que também ocorre na Alemanha, mas de forma menos acentuada e com uma perda gradual ao longo das duas décadas (passando de 148% em 1990, para 125% em 2009). Em termos de evolução inter-década, merecem também destaque os movimentos de sentido oposto da Itália e do Reino Unido, com a primeira a passar de uma posição acima da média da OCDE (114% em 1990) para um patamar inferior (93% em 2009), enquanto que no segundo se observou uma aproximação gradual ao referencial da OCDE, sendo este ultrapassado em meados da segunda década em análise (81% em 1990 e 104% em 2009). No caso de Portugal, sublinha-se o acentuado ritmo de aproximação à média da OCDE na primeira década (53% em 1990 e 88% em 2000), seguido de um pequeno recuo na década seguinte (para 81% em 2008). Porém, apesar da evolução globalmente positiva no conjunto das duas décadas, Portugal encontra-se presentemente apenas

<sup>17</sup> Note-se, a este respeito, que a superioridade patenteada por um determinado país em termos de despesa *per capita* não implica, necessariamente, melhores indicadores de resultados em saúde, situação espelhada, por exemplo, pelo caso norte-americano.

acima das posições ocupadas pela Eslováquia e pela Eslovénia, de entre os países em análise.

É de referir que as diferenças encontradas no nível de despesa total em saúde *per capita* entre países parecem refletir, em elevado grau, as diferenças de PIB *per capita*, tal como evidenciado pelo Gráfico 2.2. Como é possível observar, países com PIB nominal *per capita* (em PPC) mais elevados apresentam também um nível de despesa em saúde *per capita* (em PPC) mais alto, tal como é bem ilustrado através do caso dos EUA. Ao invés, países com um PIB nominal *per capita* (em PPC) mais baixo, como Eslováquia, Portugal e Eslovénia, evidenciam uma despesa em saúde *per capita* mais baixa. Este aspeto surge em linha com a revisão de literatura feita na Secção 3 do capítulo 1, respeitante aos determinantes da despesa em saúde.

**Gráfico 2.2. Despesa total em saúde *per capita* versus PIB nominal *per capita*, 2009**



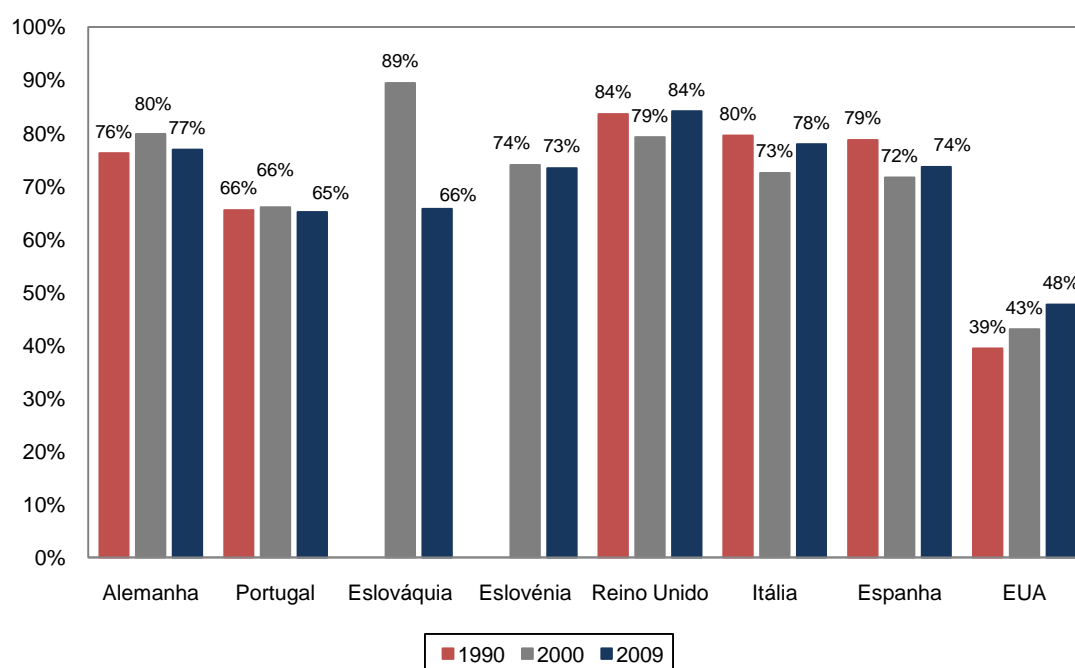
Fonte: elaboração própria a partir de dados das bases de dados AMECO

([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/ameco/](http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/)) e OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/>).

Considerando a decomposição da despesa em saúde em componente pública e privada (ver Gráfico 2.3.), verifica-se que a primeira é a preponderante em todos os países, exceto nos EUA – tal como expectável num sistema baseado, tradicionalmente, no seguro de saúde privado voluntário. Ainda assim, neste país o peso da despesa pública em saúde no total da despesa em saúde tem vindo a aumentar (passando de 39% em 1990 para 48% em 2009), em contraste com a evolução dos restantes países em análise,

sinalizando uma aproximação do paradigma norte-americano àquele que tem marcado o paradigma europeu. Portugal tem apresentado uma trajetória relativamente estável, sendo o segundo país com menor expressão da componente pública na despesa em saúde (65% em 2008), apesar de se inserir no conjunto de países com Serviço Nacional de Saúde (sistema inspirado no Modelo de *Beveridge*). Em oposição, o Reino Unido é o país onde a componente pública mais se salienta (84% em 2009) – traduzindo, neste caso, o que seria de esperar tratando-se do país que primeiro adotou o sistema de *Beveridge* – embora não se podendo ignorar a superioridade da componente pública na Eslováquia até 2003, perdendo importância a partir de então.

**Gráfico 2.3. Despesa pública em saúde na despesa total em saúde, em percentagem, em 1990, 2000 e 2009**

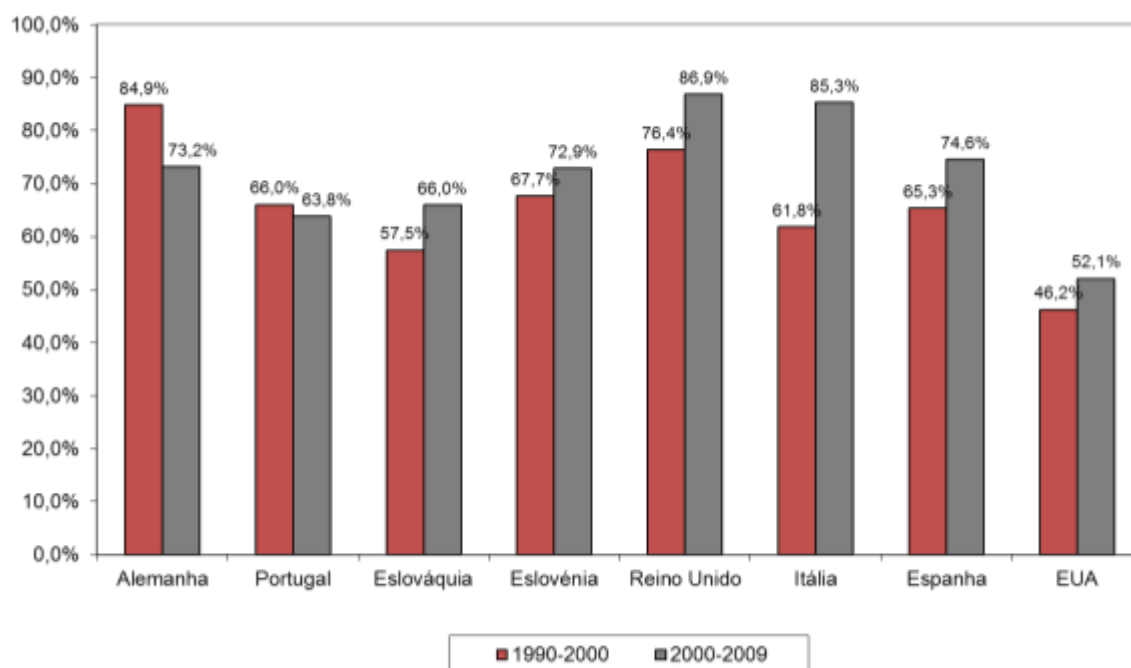


Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Em termos de contributo da despesa pública para a dinâmica da despesa total de saúde *per capita*, este tem sido elevado em todos os países em análise nas duas últimas décadas, tal como espelhado no Gráfico 2.4.. Mesmo no caso dos EUA, a componente pública teve um contributo maioritário no período de 2000 a 2009. Sublinha-se, por outro lado, o facto de o contributo da componente pública se ter reduzido apenas na

Alemanha e em Portugal entre os dois sub-períodos, sendo que no caso português esse contributo passou a ser o segundo mais baixo de entre os oito países em estudo. O movimento descrito para Portugal parece corroborar as medidas de política que foram sendo preconizadas nas últimas décadas no sentido de uma menor presença do Estado enquanto financiador (ver Apêndice B)

**Gráfico 2.4. Contributo da despesa pública para a taxa de variação da despesa total de saúde *per capita* (USD PPC), 1990-2000 e 2000-2009**



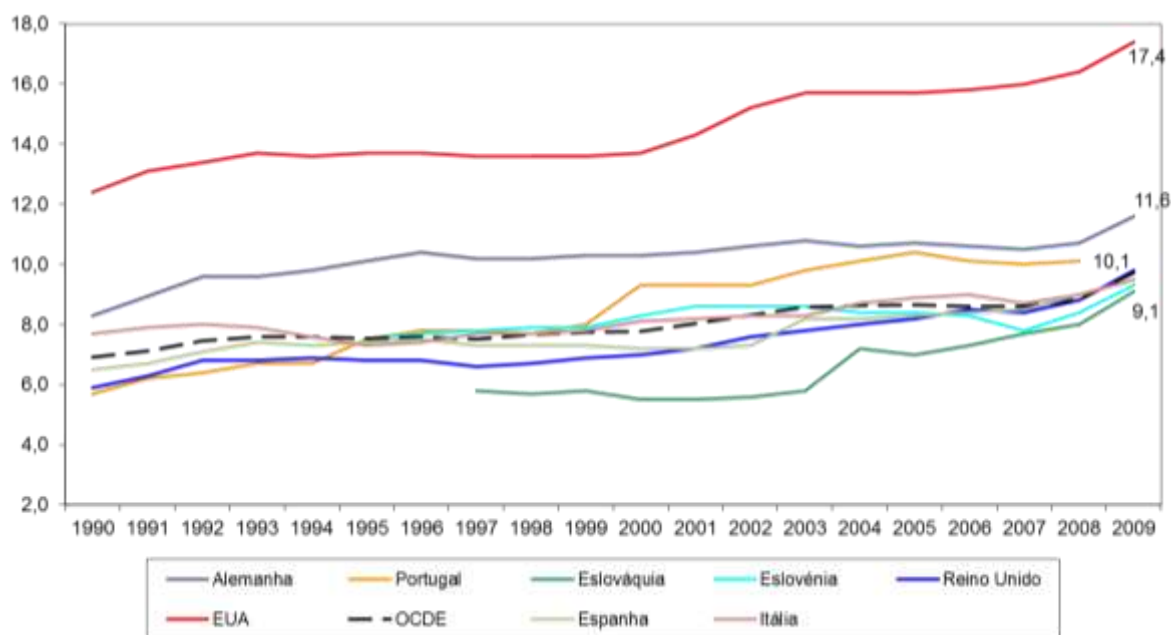
Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

No que respeita o rácio da despesa total em saúde no PIB, verificou-se, no cômputo do período compreendido entre 1990 e 2009, um movimento ascendente quer na média da OCDE quer em cada um dos países em estudo (ver Gráfico 2.5.). Na média da OCDE, passou-se de um rácio de 6,9%, em 1990, para 9,7% em 2009. Em linha com a supremacia evidenciada em termos de despesa *per capita* em saúde, salienta-se o caso dos EUA como país onde o rácio da despesa em saúde em percentagem do PIB atinge um patamar mais elevado (17,4% em 2009), seguindo-se a Alemanha (11,6%). Realça-se o caso de Portugal, onde se passou de um rácio de 5,7% em 1990 para 10,1% em 2008, num movimento que levou o país a ultrapassar o referencial da OCDE na



segunda metade da década de 90 do século passado (note-se que, em matéria de despesa *per capita* em saúde, Portugal permanece aquém da média da OCDE). É, porém, de referir o abrandamento observado em Portugal no segundo sub-período de análise. Esta trajetória de abrandamento foi visível também, embora com menor intensidade, na Alemanha e na Eslovénia, passando este último país a exibir rácios inferiores aos da média da OCDE nos últimos cinco anos. Trajetória contrária foi observada na Eslováquia, que, tendo uma variação média negativa no primeiro sub-período (considerando os anos para os quais há dados), registou uma recuperação no segundo. Por sua vez, Espanha, Itália e, mais recentemente, Reino Unido têm tido um comportamento próximo do da média da OCDE.

**Gráfico 2.5. Despesa total em saúde em percentagem do PIB, 1990-2009**



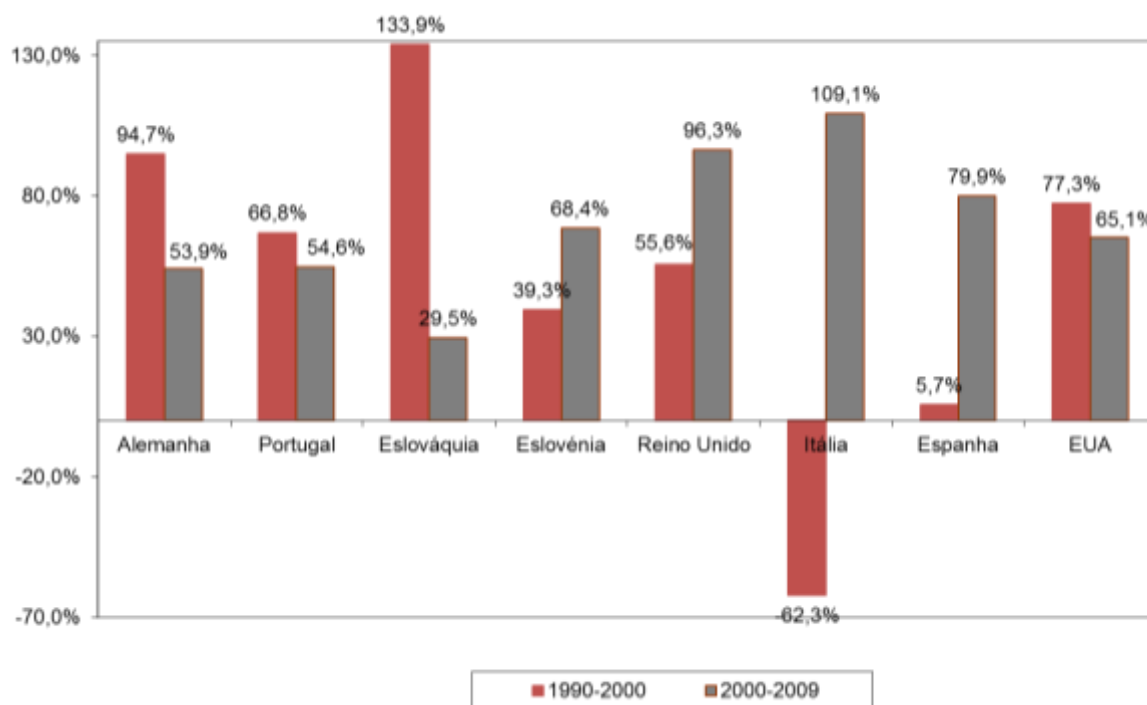
Fonte: *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

O contributo da componente pública para a evolução descrita acima foi positivo no grupo de países em estudo, com a exceção da Itália entre 1990 e 2000, período em que foi unicamente a componente privada que impulsionou a variação da despesa em saúde em rácio no PIB (ver Gráfico 2.6.). Também naquela década, em Espanha, a componente pública, embora com um contributo positivo, assumiu pouca expressividade, situação que se inverteu na primeira década do corrente século. Com um

reforço do contributo da componente pública no período entre 2000 e 2009, destacam-se, ainda, os casos da Eslovénia e do Reino Unido. Nos restantes, incluindo Portugal, houve uma redução do contributo da componente pública para a evolução do rácio da despesa em saúde no PIB, redução que também se verificou, e de forma bastante pronunciada, na Alemanha e, sobretudo, na Eslováquia.

Com efeito, em Portugal tal contributo passou de 66,8%, no primeiro sub-período, para 54,6%, no segundo sub-período, na Alemanha passou de 94,7% para 53,9% e na Eslováquia passou de 133,9% para 29,5%.

**Gráfico 2.6. Contributo da despesa pública para a variação da despesa total de saúde em percentagem do PIB, 1990-2000 e 2000-2009**

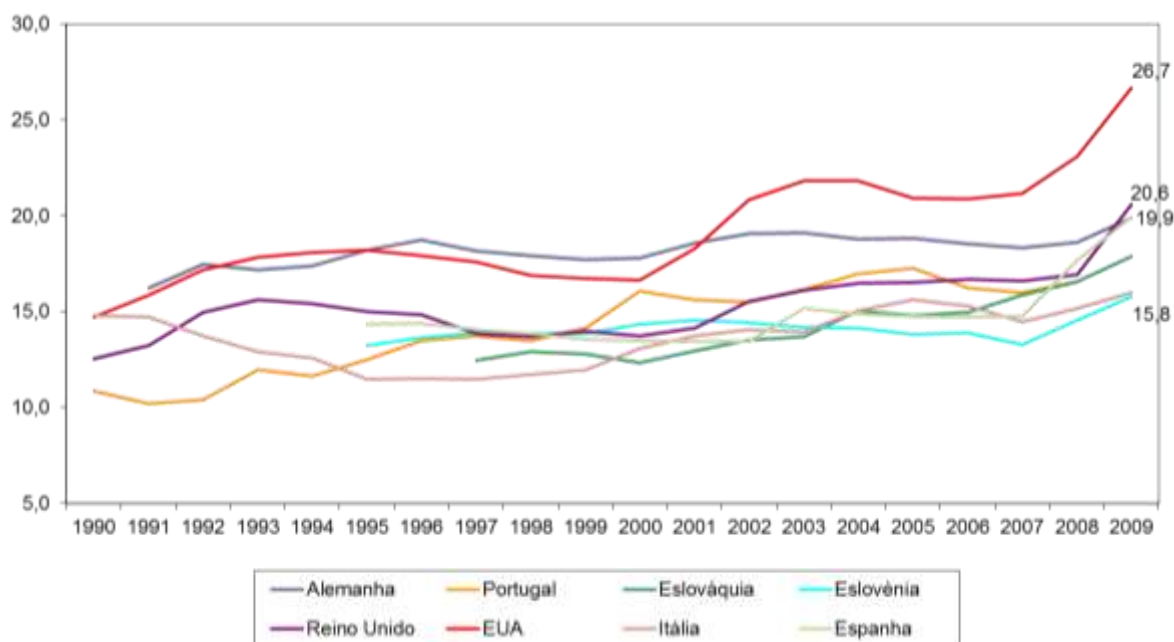


Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Quanto ao rácio da despesa pública em saúde no total das receitas públicas (ver Gráfico 2.7), e atendendo ao cômputo do período em análise, os EUA e a Alemanha destacaram-se como países onde o indicador tem sido mais elevado, atingindo 26,7% nos EUA em 2009 e 18,6% na Alemanha em 2008. Este último país foi, contudo, ultrapassado pelo Reino Unido em 2009, que evidenciou uma subida muito significativa no indicador,

passando a situar-se em 20,6% (depois de em 2008 se situar ainda em 16,9%). A trajetória apresentada por Espanha nos últimos dois anos em análise é também de realçar, tendo o indicador em apreço passado de 14,8%, em 2007, para 19,9%, em 2009. Os demais países apresentam rácios mais confortáveis (que se estabeleceram no último ano em estudo em 15,2% em Itália, em 14,6% na Eslovénia, em 16,5% na Eslováquia e em 16,6% em Portugal), sendo de enfatizar o abrandamento observado em Portugal e, em menor grau, na Eslovénia entre 1990 e 2009, num comportamento entre décadas qualitativamente semelhante ao verificado em matéria de despesa total em saúde *per capita* em rácio do PIB. Assim, no caso da Eslovénia, passou-se de uma variação média anual de 0,22 p.p. para 0,16 p.p. e em Portugal passou-se de uma variação média anual de 0,65 p.p. para 0,06 p.p.. O andamento descrito, e que se apresenta no Gráfico 2.7, sugere, pois, um ajustamento favorável feito por Portugal ao longo dos primeiros anos do século XXI, corroborando os efeitos positivos da política de saúde prosseguida na perspetiva das administrações públicas.

**Gráfico 2.7. Despesa pública em saúde em percentagem da receita pública total, em percentagem, no período entre 1990 e 2009**



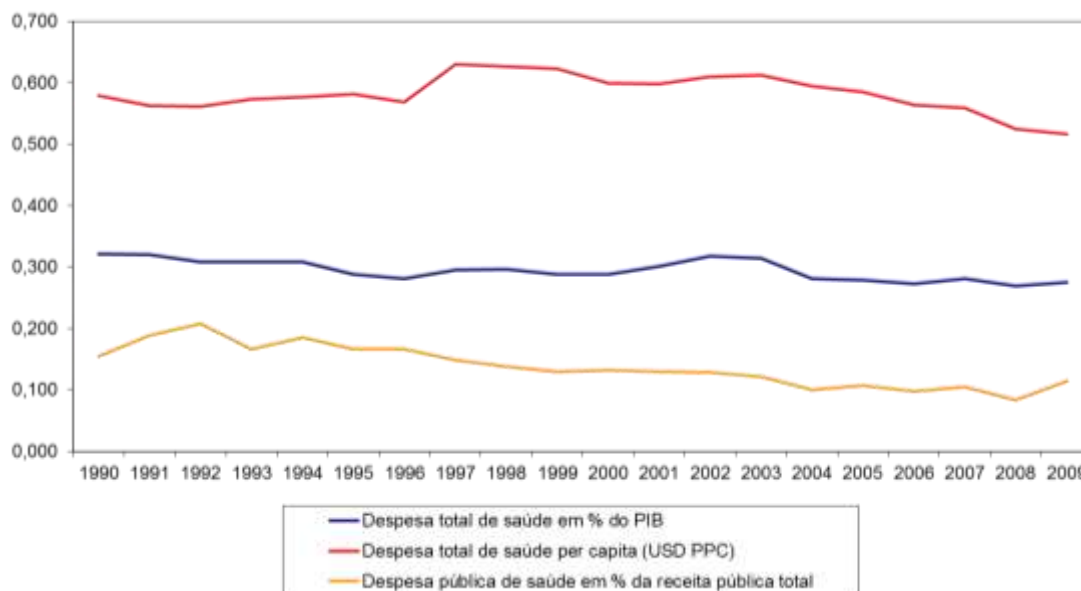
Fonte: elaboração própria a partir de dados das bases de dados AMECO ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/ameco/](http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/)) e OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/>).

Tendo em conta, para cada um dos três indicadores analisados até agora, a evolução do grau de dispersão (medido pelo coeficiente de variação) entre países no cômputo das duas últimas décadas (Gráfico 2.8), são de notar os valores particularmente elevados para a dispersão da despesa total de saúde *per capita* (média de 0,582 no período de 1990-2009) por comparação com os indicadores de sustentabilidade económica (média de 0,295 e de 0,139 para, respetivamente, a despesa de saúde em percentagem do PIB e a despesa pública em saúde em percentagem da receita pública), com o comportamento do primeiro a refletir, de modo substancial, a disparidade de níveis de PIB nominal *per capita*, como indicado anteriormente (ver Gráfico 2.2). Por outro lado, é de assinalar a dinâmica de convergência “sigma”,<sup>18</sup> ainda que ligeira, dos diferentes países no quadro dos três indicadores, dada a redução observada dos respetivos coeficiente de variação: entre 1990 e 2009, o coeficiente de variação passou de 0,579 para 0,516 no caso da despesa *per capita*, de 0,322 para 0,275 no caso da despesa em saúde em percentagem do PIB e de 0,155 para 0,114 no caso da despesa pública em saúde em percentagem da receita pública. A redução no caso da despesa total de saúde *per capita* e em rácio do PIB aconteceu sobretudo durante a última década, enquanto que no caso da despesa pública de saúde em percentagem da receita pública total é evidente uma convergência desde o início da década de 90 do século passado.

---

<sup>18</sup> O conceito de convergência “sigma” no que toca determinada variável reporta-se à convergência entre um certo conjunto de países (ou regiões) aferida pela redução do grau de dispersão espacial dessa variável ao longo do tempo.

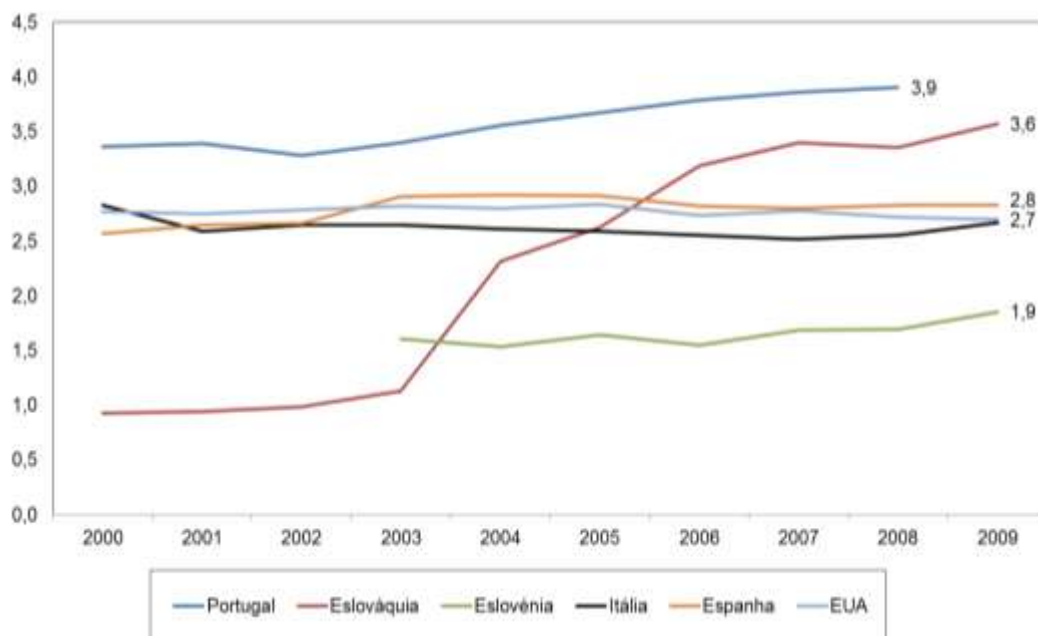
**Gráfico 2.8. Convergência “sigma” - evolução dos coeficientes de variação de três indicadores de despesa de saúde seleccionados, 1990-2009**



Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Relativamente à despesa direta das famílias em saúde (despesa *out-of-pocket*) como rácio do seu rendimento disponível bruto (Gráfico 2.9), constata-se que, na última década, tem sido sistematicamente mais expressiva em Portugal que nos restantes países em análise para os quais há dados disponíveis, perfazendo 3,9% para o último ano para o qual há dados disponíveis. Esta evolução sinaliza um maior esforço encetado pelas famílias portuguesas para financiarem as suas despesas em saúde. Salienta-se, também, a trajetória da Eslováquia, com um crescimento claramente significativo neste indicador a partir de 2003, vindo-se a aproximar dos rácios registados para Portugal, passando de 1,1% naquele ano para 3,6% em 2009.

**Gráfico 2.9. Despesa em saúde *out-of-pocket* (famílias) em rácio do rendimento disponível bruto das famílias, em percentagem, no período compreendido entre 2000-2009**



Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org>).

Em suma, para o período compreendido entre 1990 e 2009, os dados apontam para um grau de cobertura de cuidados de saúde em Portugal inferior ao da média da OCDE, ao mesmo tempo que o indicador de sustentabilidade económica ao nível agregado (rácio da despesa em saúde do PIB) – apesar de algum abrandamento na última década – já transpôs aquele referencial, impulsionado por um maior crescimento da despesa em saúde por comparação com o crescimento do PIB nominal.

Por seu turno, o indicador de sustentabilidade económica do sistema de saúde por parte do Estado (rácio da despesa em saúde no total das receitas públicas) atingiu, para Portugal, um patamar relativamente confortável no quadro dos países estudados, na sequência de uma trajetória de expressivo abrandamento no período considerado. Enquanto isso, a componente correspondente aos pagamentos diretos das famílias (despesa *out-of-pocket*) em rácio do seu rendimento disponível bruto registou uma subida progressiva ao longo da última década, que a conduziu para patamares claramente superiores aos dos demais países em análise.

Merece, assim, ênfase o facto de que, embora na perspetiva do Estado se tenha observado, na última década, uma travagem na dinâmica de deterioração das condições de sustentabilidade económica do sistema de saúde português (apesar de ainda não suficiente para garantir o retorno a uma trajetória de sustentabilidade a médio prazo, como se verá no Capítulo 3), tal não ter tido completa tradução ao nível da Nação. Como já se referiu, o elevado nível atingido pelo rácio da despesa *out-of-pocket* em rácio do rendimento disponível bruto das famílias sugere que o ajustamento do Estado terá ocorrido, em grande parte, à custa da acentuação da deterioração das condições de sustentabilidade económica ao nível de outros agentes económicos. Sublinhe-se, todavia, que a análise efetuada aos indicadores de sustentabilidade, ao se reportar a um horizonte temporal de médio prazo, fornece apenas sinais relativamente ao cumprimento das condições de sustentabilidade, dado que estas dizem respeito ao equilíbrio de longo prazo.

No que toca o panorama internacional, salientam-se três aspetos: (i) a acentuada dinâmica recente de crescimento do peso da componente pública de despesa em saúde nos EUA, país onde esta componente teve historicamente uma presença relativamente diminuta no quadro de um sistema baseado no seguro de saúde privado voluntário; (ii) o reduzido peso, e em queda, da componente pública na despesa em saúde em Portugal (o mais baixo a seguir aos EUA), apesar de o nosso país se inserir no conjunto dos países com sistemas inspirados no Modelo de *Beveridge*; (iii) a semelhança entre Portugal e a Eslovénia no que toca a dinâmica de abrandamento tanto da despesa total em saúde *per capita* e em rácio do PIB, como da despesa pública em saúde em rácio da receita pública, em contraste com o observado nos restantes países com um relevante grau de proximidade, estrutural e/ou institucional, a Portugal (ou seja, Eslováquia, Espanha e Itália). Este último aspeto ilustra bem o facto de a evolução dos indicadores de sustentabilidade parecer não estar associado à tipologia de sistema de saúde, sugerindo que tal trajetória se deverá sobretudo às especificidades (nomeadamente em termos sociais, históricos e culturais) e ao ponto de partida de cada país.

### **3. Análise de componentes de variação**

A análise de componentes de variação (ou análise *shift-share*) consiste num método contabilístico de decomposição do crescimento de uma variável, medida numa dada escala, em fatores distintos influenciadores do seu comportamento. Utilizada em

diversas áreas da análise económica há várias décadas, tem merecido especial destaque no campo da economia regional (ver, por ex., Loveridge, e Selting, 1998), sendo que a sua ideia de base consiste em considerar que os diferenciais de crescimento entre regiões espelham não somente as diferenças relativas à composição produtiva de cada região (traduzida numa menor ou maior preponderância de setores mais dinâmicos), mas também as diferentes vantagens comparativas regionais.

Deste modo, a abordagem tradicional da análise de componentes de variação expressa a evolução de uma certa variável económica considerando três fatores: (i) o efeito do crescimento nacional (componente nacional), (ii) o efeito da composição setorial da região (componente estrutural) e, (iii) o efeito de outros fatores específicos da região (componente regional ou diferencial).

O propósito da presente secção será, assim, fazer uma aplicação adaptada da análise de componentes de variação ao comportamento da despesa total em saúde (tanto em rácio do PIB como *per capita*) para os períodos entre 1990 e 2000 e entre 2000 e 2009,<sup>19</sup> desde logo com vista a apurar como se distribuiu o esforço de financiamento da prestação de cuidados de saúde pelos diferentes agentes: administração pública central, fundos da segurança social, Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos (ISFL), seguros privados, famílias (pagamentos diretos ou *out-of-pocket*) e empresas (pagamentos diretos).

Como ponto de partida, procedeu-se à identificação das três componentes de variação relevantes para o caso em apreço, que se podem designar por:

- Componente transnacional (*CT*) – componente de variação associada ao espaço de referência (OCDE), que traduz o comportamento que dado país teria se apresentasse a mesma estrutura de financiamento e a mesma dinâmica (variação) por agente financiador que a média da OCDE;
- Componente estrutural (*CE*) – componente de variação que capta o comportamento de dado país que reflete a sua estrutura de financiamento específica, mas considerando a mesma dinâmica por agente financiador que a média da OCDE;

---

<sup>19</sup> Os períodos indicados aplicam-se com ajustamentos no caso da Alemanha (1992-2000; 2000-2009), Portugal (2000-2008), Eslováquia (1997-2000; 2000-2009), Eslovénia (apenas 2003-2009) e Espanha (1991-2000; 2000-2009), reflectindo a disponibilidade de dados por agente financiador em cada país.



- Componente idiossincrática (*CI*) – componente de variação que traduz o comportamento de dado país na vertente que resultada sua dinâmica específica por agente financiador.

Analicamente, ter-se-á então, para dado país *i*:

$$\sum_k (X_{ik}(t) - X_{ik}(t-1)) = \sum_k (CT_{ik} + CE_{ik} + CI_{ik}), \quad (1)$$

onde  $X_{ik}(t)$  representa a despesa em saúde (*per capita* ou em rácio do PIB) no país *i* financiada pelo agente *k* no período *t*,  $CT_{ik}$  representa a respetiva componente de variação transnacional,  $CE_{ik}$  a componente estrutural e  $CI_{ik}$  a componente idiossincrática. As três componentes obtêm-se da seguinte forma:

$$CT_{ik} = g_{ocde} X_{ik}(t-1), g_{ocde} = \Delta\% X_{ocde}, \quad (2)$$

$$CE_{ik} = (g_{ocde k} - g_{ocde}) X_{ik}(t-1), \quad g_{ocde k} = \Delta\% X_{ocde k}, \quad (3)$$

$$CI_{ik} = (g_{ik} - g_{ocde k}) X_{ik}(t-1), \quad g_{ik} = \Delta\% X_{ik}, \quad (4)$$

onde  $X_{ocde}$  representa a média da OCDE para a despesa total em saúde e  $X_{ocde k}$  representa a média da OCDE para a despesa em saúde financiada pelo agente *k*.

A Tabela 2.3 apresenta o cálculo das componentes de variação da despesa total em saúde *per capita*, por agente financiador, para Portugal no período compreendido entre 2000 e 2008 (este é o único período para o qual, à data de elaboração deste capítulo do trabalho, o nosso país possui dados detalhados por agente financiador). A sua leitura permite evidenciar, de forma mais clara, a operacionalização da análise de componentes de variação no caso dos indicadores de despesa de saúde.

Desta forma, começando pela coluna respeitante à componente de variação transnacional, *CT*, a tabela indica, como resultado da aplicação da equação (2) ao valor da despesa em saúde *per capita* por cada agente financiador no ano 2000,  $X_{ik}(t-1)$ , a variação que seria de esperar para a despesa total *per capita* no cômputo do período entre 2000 e 2008 (935,9 euros) se cada agente financiador em Portugal tivesse apresentado uma dinâmica de crescimento idêntica à verificada na média global da OCDE (56,6% em variação acumulada no período).

Por seu turno, a coluna dedicada à componente de variação estrutural, *CE*, permite apurar, por aplicação da equação (3), a parte da variação de despesa total *per capita* que seria imputável à estrutura específica de financiamento de Portugal (19,7 euros) – a

acrescer à componente transnacional –, se cada agente financiador tivesse apresentado uma dinâmica de crescimento idêntica à média da OCDE para esse mesmo agente. O facto de Portugal apresentar um valor positivo nesta componente significa que tem uma estrutura de financiamento especializada nos agentes financiadores que revelaram uma dinâmica de crescimento mais acentuada na média da OCDE.

Finalmente, a coluna respeitante à componente de variação idiossincrática, *CI*, evidencia, por aplicação da equação (4), a parte da variação de despesa total *per capita* a imputar à dinâmica específica de Portugal por agente financiador (-101,4 euros). O valor negativo registado indica que, apesar de a especialização por agente financiador ser favorável – numa ótica de expansão da cobertura dos cuidados de saúde –, a dinâmica registada efetivamente por cada rubrica mais que compensa, pela negativa, o contributo da componente estrutural, sugerindo assim a existência de desvantagens comparativas ao nível do país.

Em termos efetivos, a variação da despesa total em saúde *per capita* foi de 854,2 euros no referido período, menos 81,7 euros que o esperado à luz da dinâmica e da estrutura de financiamento médias da OCDE.

**Tabela 2.3. Cálculo das componentes de variação da despesa total em saúde *per capita*, por agente financiador, em Portugal, entre 2000-2008**

	2000-2008						Total (euros)
	tx. var.(%)	CT (euros)	tx. var.(%)	CE (euros)	tx. var.(%)	CI (euros)	
Admin. pública central	56,6	607,5	6,4	68,7	-13,7	-147,4	
Fundos seg. social	56,6	10,4	11,3	2,1	-3,7	-0,7	
Seguros privados	56,6	30,8	-23,2	-12,6	91,7	50,0	
Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	56,6	232,9	1,4	5,6	7,6	31,3	
ISFL	56,6	4,6	-82,4	-6,7	42,5	3,4	
Empresas (pag. directos)	56,6	49,7	-42,6	-37,4	-43,2	-38,0	
Total	56,6	935,9	1,2	19,7	-6,1	-101,4	854,2

Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

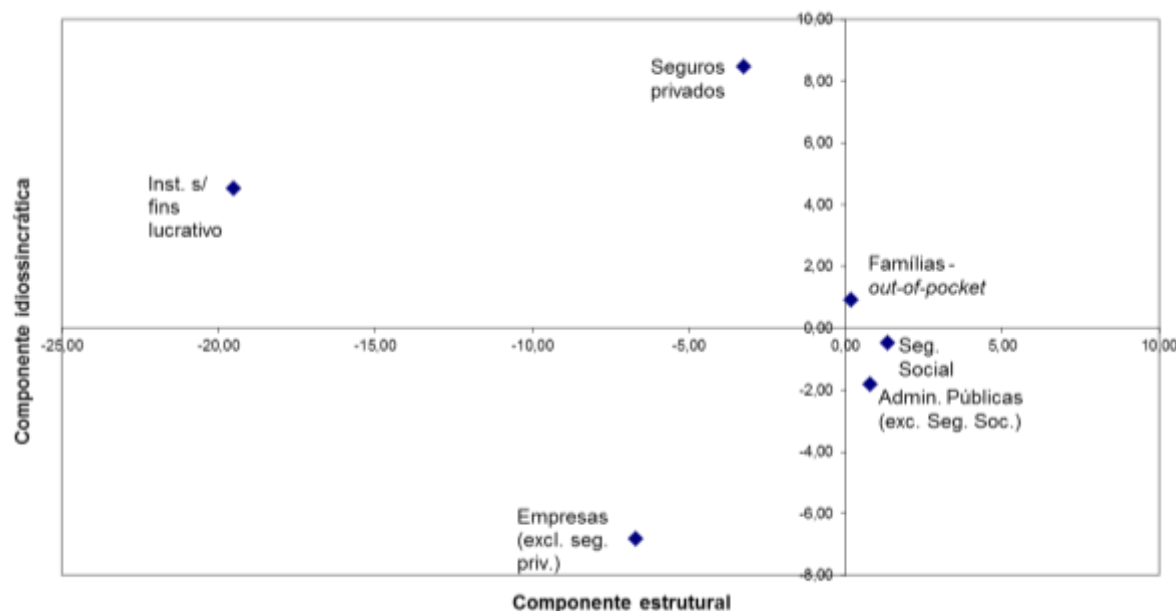
Com base na decomposição evidenciada na Tabela 2.3, é possível proceder à análise para Portugal da posição relativa de cada agente financiador em termos de componente estrutural e de componente idiossincrática. Esta abordagem permitirá conduzir uma

análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) adaptada<sup>20</sup> com vista à compreensão do potencial de evolução do país em termos de financiamento do sistema de saúde. O Gráfico 2.10 revela que apenas as famílias (pagamentos diretos) apresentam, em simultâneo, valores positivos na componente estrutural (crescimento médio da rubrica na OCDE acima da média da despesa total na OCDE), de 5,6 euros, e na componente idiossincrática (crescimento da rubrica em Portugal acima da média da rubrica na OCDE), de 31,3 euros, constituindo-se simultaneamente como “oportunidade” e como “ponto forte” na estrutura de financiamento do sistema de saúde português. Em situação oposta aparecem as empresas (pagamentos diretos), com uma componente estrutural de -37,4 euros e com uma componente idiossincrática de -38 euros. De resto, os dados mostram que Portugal se posiciona em contra-corrente face ao espaço de referência da OCDE: as ISFL e os seguros privados aparecem com a componente estrutural negativa (de, respetivamente, -6,7 euros e -12,6 euros) e a componente idiossincrática positiva (de, respetivamente, 3,4 euros e 50 euros), enquanto que os fundos da segurança social e a administração pública central aparecem com a componente estrutural positiva (de, respetivamente, 2,1 euros e 68,7 euros) e a componente idiossincrática negativa (de, respetivamente, -0,7 euros e -147,4 euros) na nossa estrutura de financiamento.

---

<sup>20</sup> Na análise *SWOT* adaptada, o sinal da CE determinará se o agente financiador se constitui como “oportunidade” ou “ameaça” e o sinal da CI determinará se o agente financiador se constitui como “ponto forte” ou “ponto fraco”. No caso da despesa *per capita* em saúde, o sinal positivo (negativo) da CE significará uma “oportunidade” (“ameaça”) e o sinal positivo (negativo) da CI significará um “ponto forte” (“ponto fraco”). Interpretação inversa deverá ser dada no caso da despesa em saúde em percentagem do PIB.

**Gráfico 2.10. Decomposição da variação da despesa total em saúde *per capita*, por agente financiador, em Portugal, entre 2000-2008 (taxas de variação médias anuais)**



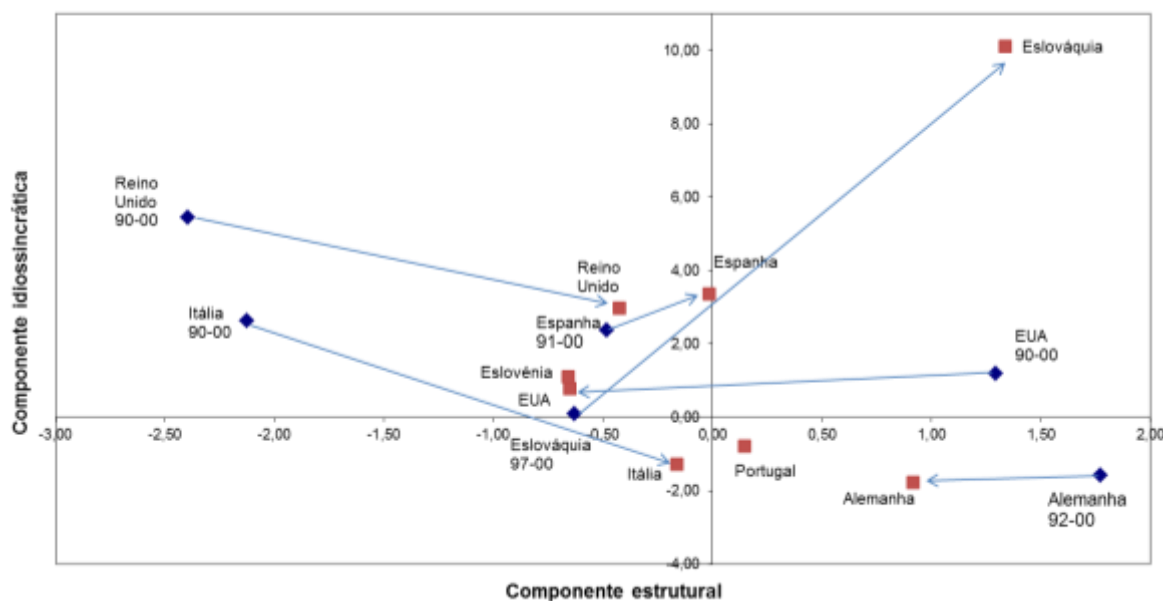
Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Por seu turno, existirá interesse em confrontar, para o conjunto de todos os países em análise, a posição relativa de cada país em termos de componentes de variação estrutural e idiossincrática. O Gráfico 2.11 evidencia essa posição relativa, bem como a sua evolução entre os períodos 1990-2000 e 2000-2009 (para os países com dados disponíveis).<sup>21</sup> Desta forma, começando a análise pela década mais recuada, observa-se um posicionamento favorável numa ótica de expansão da cobertura dos cuidados de saúde tanto em termos de especialização da estrutura de financiamento (componente estrutural positiva), como de vantagens comparativas específicas (componente idiossincrática positiva) apenas no caso dos EUA. Já a Alemanha combinava desvantagens comparativas com um perfil de especialização favorável, enquanto que Reino Unido, Itália, Espanha e Eslováquia apresentavam, pelo contrário, uma estrutura de financiamento com especialização desfavorável num quadro de vantagens comparativas específicas.

<sup>21</sup> O Gráfico 2.11 resulta da aplicação da metodologia acima descrita para Portugal e sumariada na Tabela 2.2. aos casos dos restantes sete países em estudo.

Na década seguinte, verificou-se, globalmente, uma tendência para a atenuação das diferenças entre países, sobretudo ao longo da dimensão da especialização. Salienta-se, em particular, a passagem dos EUA para o grupo de países com especialização desfavorável num quadro de vantagens comparativas, da Itália para uma situação de especialização desfavorável (embora mais atenuada que anteriormente) combinada agora com um quadro de desvantagens comparativas e da Eslovénia para uma situação favorável quer em termos de especialização quer em termos de vantagens comparativas. Portugal (com dados apenas para a última década) posiciona-se, juntamente com a Alemanha, no grupo de países caracterizados por uma estrutura de financiamento favorável acompanhada por desvantagens comparativas (estas últimas refletindo o facto de a administração pública central e dos fundos da segurança social apresentarem valores negativos para a componente idiossincrática e terem um elevado peso na nossa estrutura de financiamento).<sup>22</sup>

**Gráfico 2.11. Decomposição da variação da despesa total em saúde *per capita*, por país, 1990-2000 e 2000-2009 (taxas de variação médias anuais, %)**



Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

<sup>22</sup> No Apêndice C, a Tabela C.1. apresenta em detalhe a importância relativa de cada agente financiador no total da despesa em saúde *per capita*, para cada um dos países em estudo.

Quanto à despesa total em saúde em rácio do PIB, e repetindo os passos indicados anteriormente, é possível conduzir uma análise idêntica à efetuada para a despesa em saúde *per capita*. A Tabela 2.4 sumaria os resultados do cálculo das componentes de variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por agente financiador, para Portugal no período entre 2000 e 2008.

**Tabela 2.4. Cálculo das componentes de variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por agente financiador, em Portugal, 2000-2008**

	2000-2008						Total (p.p.)
	tx. var. (%)	CT (p.p.)	tx. var. (%)	CE (p.p.)	tx. var. (%)	CI (p.p.)	
Admin. pública central	11,3	0,68	3,2	0,19	-8,3	-0,50	
Fundos seg. social	11,3	0,01	4,9	0,01	1,3	0,00	
Seguros privados	11,3	0,03	-5,7	-0,02	54,4	0,17	
Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	11,3	0,26	1,9	0,04	4,5	0,11	
ISFL	11,3	0,01	-60,2	-0,03	33,4	0,02	
Empresas (pag. directos)	11,3	0,06	-24,6	-0,12	-36,4	-0,18	
Total	11,3	1,05	0,8	0,08	-4,2	-0,39	0,73

Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

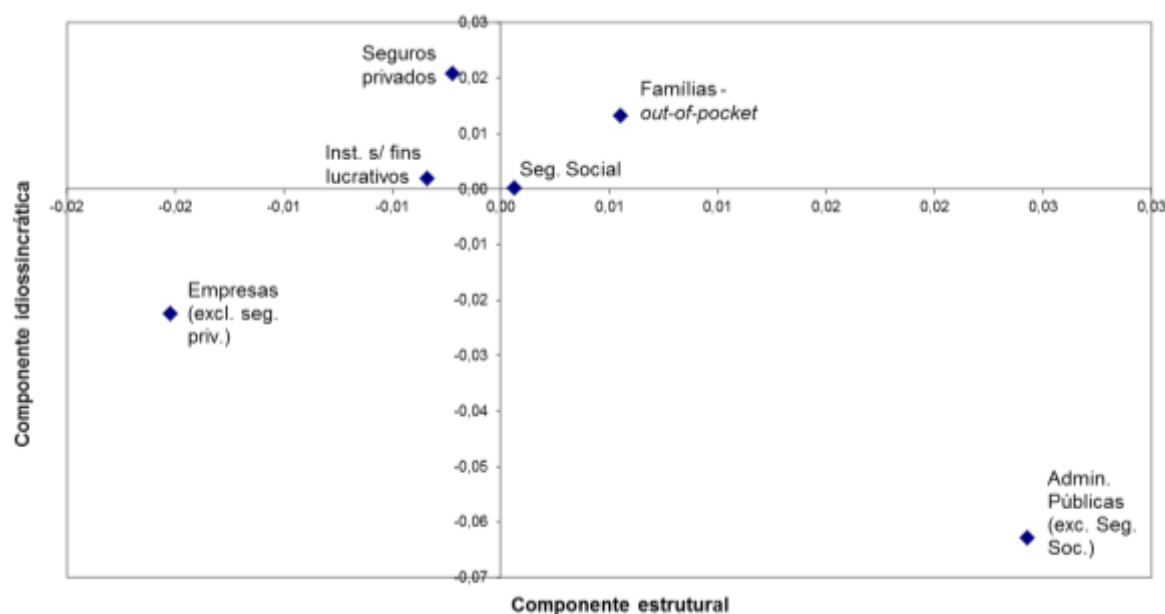
À semelhança do verificado para a despesa em saúde *per capita*, as componentes transnacional, *CT*, e estrutural, *CE*, assumem valores positivos (de, respetivamente, 1,05 p.p. e 0,08 p.p.), enquanto que a componente idiossincrática, *CI*, é negativa (-0,39 p.p.).

Tendo em conta o papel da variável em análise enquanto indicador de sustentabilidade económica, o facto de a componente estrutural ser positiva em Portugal significa que ocorre uma especialização desfavorável. Em contraste, o valor negativo da componente idiossincrática sugere a existência de vantagens comparativas ao nível do país, numa ótica de capacidade de preservação da sustentabilidade económica do sistema de saúde.

Em resumo, a variação de despesa total em rácio do PIB que se esperaria no cômputo do período 2000-2008 se cada agente financiador em Portugal tivesse apresentado uma dinâmica de crescimento idêntica à observada na média global da OCDE (11,3% em variação acumulada) seria de 1,05 p.p. O perfil de especialização acrescenta, por si, 0,08 p.p. àquela variação, mas as vantagens comparativas retiram 0,39 p.p.. Assim, em termos efetivos, a variação do rácio da despesa total em saúde no PIB foi de 0,73 p.p., menos 0,32 p.p. que o esperado à luz da dinâmica e da estrutura de financiamento médias da OCDE (de 1,05 p.p.).

A decomposição apresentada na Tabela 2.4 permite também a construção do Gráfico 2.12, que evidencia a posição relativa de cada agente financiador em termos das componentes de variação estrutural e idiossincrática para Portugal.

**Gráfico 2.12. Decomposição da variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por agente financiador, Portugal, entre 2000 e 2008 (variações médias anuais, p.p.)**



Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Continuam a merecer destaque as famílias (pagamentos diretos), com crescimento médio da rubrica na OCDE acima da média da despesa total na OCDE (componente estrutural de 0,04 p.p.) e com crescimento da rubrica em Portugal acima da média da rubrica na OCDE (componente idiossincrática de 0,11 p.p.). Na ótica da sustentabilidade económica, e recorrendo à terminologia de uma análise SWOT, tal significa que este agente financiador se constitui, simultaneamente, como “ameaça” e “ponto fraco”. Em posição semelhante, embora registando variações de magnitude muito reduzida, encontram-se os fundos da segurança social (com componente estrutural de 0,01 p.p. e componente idiossincrática de 0,0 p.p.). Em quadrante oposto estão as empresas (pagamentos diretos), que aparecem, assim, como “oportunidade” e “ponto forte” (componente estrutural de -0,12 p.p. e componente idiossincrática -0,18 p.p.). De resto, os dados revelam que as ISFL e os seguros privados representam

“oportunidades” e “pontos fracos” (componente estrutural de, respetivamente, -0,03 p.p. e -0,02 p.p. e componente idiossincrática de, respetivamente, 0,02 p.p. e 0,17 p.p.) e, em contraponto, a administração pública central aparece como “ameaça” e “pontos forte” na nossa estrutura de financiamento (com uma componente estrutural de 0,19 p.p. e uma componente idiossincrática de -0,5 p.p.).

Em conclusão, esta análise revela que, por comparação com a dinâmica da OCDE, o agente financiador que mais tem suportado a correção da trajetória de evolução da despesa em saúde com vista à sustentabilidade económica do sistema de saúde português tem sido a administração pública central, seguida das empresas (pagamentos diretos). Da comparação entre esta dinâmica e o peso relativo de cada agente financiador,<sup>23</sup> emergirá a sinalização de quais os agentes financiadores sobre os quais deverá incidir o acento tónico das políticas de saúde nos próximos anos.

Atendendo agora à posição relativa dos países em análise em termos de componentes de variação estrutural e idiossincrática da despesa em saúde em percentagem do PIB, o Gráfico 2.13 evidencia um comportamento próximo do registado pela despesa *per capita* (ver Gráfico 2.10). Destaca-se, também neste caso, a tendência para a atenuação das diferenças entre países, sobretudo em termos de perfil de especialização, na passagem da primeira para a segunda década em estudo.

As principais diferenças face ao indicador *per capita* residem no quadrante de partida dos EUA e da Eslováquia (neste caso ambos com uma componente estrutural positiva e uma componente idiossincrática negativa no período inicial) e na posição final da Itália (componente estrutural negativa e componente idiossincrática positiva em 2000-2009).

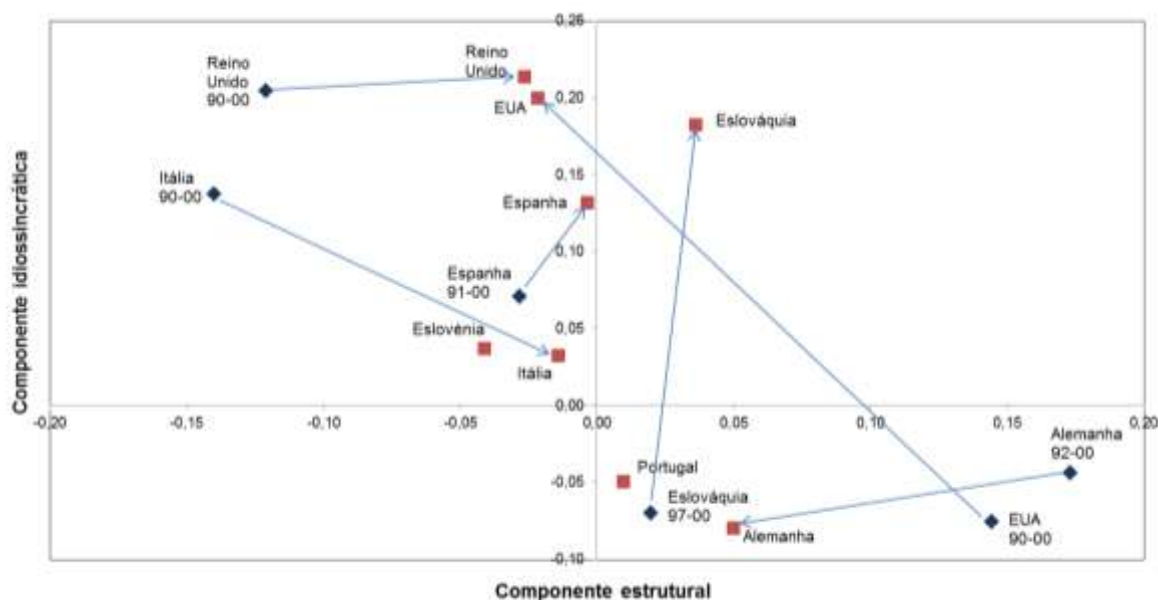
Portugal (com dados apenas para a última década) posiciona-se, em conjunto com a Alemanha, no grupo de países caracterizados por uma estrutura de financiamento com especialização desfavorável numa ótica de sustentabilidade económica, mas acompanhada por vantagens comparativas (ver Tabela 2.4).

---

<sup>23</sup> No Apêndice C, a Tabela C.2. apresenta em detalhe a importância relativa de cada agente financiador no total da despesa em saúde em percentagem do PIB, para cada um dos países em estudo.



**Gráfico 2.13. Decomposição da variação da despesa total em saúde em percentagem do PIB, por país, entre 1990-2000 e entre 2000-2009 (variações médias anuais, p.p.)**



Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

### Capítulo 3. Cenários de evolução dos indicadores de sustentabilidade económica

O presente capítulo pretende ser o culminar do trabalho encetado até ao momento, aproveitando o conjunto de informação já tratada para passar de uma visão histórica para uma visão prospetiva dos sistemas de saúde, na ótica da sua sustentabilidade económica. Dá-se especial enfoque ao caso português, comparando-o, sempre que pertinente, com a trajetória dos restantes sete países em análise.

Para tal, atendeu-se ao conjunto de indicadores de sustentabilidade identificados e interpretados no capítulo precedente, em conjunto com as previsões disponíveis do Fundo Monetário Internacional (FMI) para os indicadores macroeconómicos e orçamentais globais e elaboraram-se caminhos possíveis – cenários – em torno da sua evolução, considerando-se como horizonte temporal o período compreendido entre 2010 e 2020.<sup>24</sup> A escolha deste horizonte temporal pretendeu, por um lado, acautelar a capacidade de previsão de algumas variáveis fundamentais neste exercício (designadamente as variáveis macroeconómicas e orçamentais) e, por outro, permitir desbravar terreno para a identificação de medidas adequadas de política de saúde mediante os resultados obtidos em cada caso.

Na elaboração deste exercício, recorreu-se a um conjunto de indicadores auxiliares, sujeitos a pressupostos comuns a todos os cenários e descritos na Tabela 3.1.

Quanto aos indicadores da despesa em saúde para a realização da análise em curso, a evolução no período entre 2010 e 2020 foi sujeita a diferentes pressupostos para cada cenário, constituindo-se como o elemento nuclear de cada caminho delineado. Construíram-se os seguintes cinco cenários:

- A) Continuidade, por extrapolação da dinâmica passada para a despesa total em saúde e para a despesa pública em saúde;
- B) Recuperação da despesa total em saúde *per capita* para um referencial da OCDE;
- C) Estabilização da despesa total em saúde em rácio do PIB;
- D) Estabilização da despesa pública em saúde em rácio da receita pública total;

---

<sup>24</sup> Recorde-se que, na análise histórica feita neste trabalho, 2009 era o ano mais recente para o qual existiam dados disponíveis de despesa em saúde.

E) Estabilização da despesa das famílias (*out-of-pocket*) em saúde em rácio do rendimento disponível bruto das famílias.

**Tabela 3.1. Descrição dos indicadores auxiliares para a elaboração dos cenários**

Fonte	Indicador	Metodologia para o cálculo dos valores para 2010-2020
Base de dados <i>on-line</i> do <i>World Economic Outlook</i> , FMI <sup>25</sup>	PIB a preços correntes (moeda nacional)	Utilização das previsões de médio prazo do FMI, disponíveis para o período entre 2010 e 2017, com a evolução de 2018 a 2020 obtida por extrapolação a partir das taxas de variação médias anuais implícitas nas previsões de 2014 a 2017.
	Dívida pública líquida (moeda nacional)	
	Despesa pública total (moeda nacional)	
	Receita pública total (moeda nacional)	
	População residente	
	Taxa de juro nominal média implícita na dívida pública	Utilização das previsões de médio prazo do FMI, disponíveis para o período entre 2010 e 2017, com a evolução de 2018 a 2020 obtida por extrapolação a partir do nível médio das previsões para 2014-2017.
Base de dados <i>on-line</i> da OCDE <sup>26</sup>	Despesa total em saúde <i>per capita</i> na média da OCDE (em USD PPC)	Extrapolação a partir das taxas de variação médias anuais observadas em 2000-2009.
	Rendimento disponível bruto nominal das famílias (em moeda nacional)	Aplicação da taxa de variação anual calculada para o PIB a preços correntes para 2010-2020.
	Índice de paridade dos poderes de compra na saúde	Extrapolação a partir do nível médio registado em 2000-2009.

Fonte: elaboração própria.

<sup>25</sup> Acessível em <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/01/weodata/weoselgr.aspx>.

<sup>26</sup> Acessível em <http://stats.oecd.org/>.

O grupo de cenários assentou na construção e interpretação integradas de trajetórias para seis indicadores: despesa total em saúde *per capita* (USD, PPC); despesa total em saúde *per capita* em percentagem da OCDE; despesa total em saúde em rácio do PIB; despesa pública em saúde em rácio da receita pública; despesa pública em saúde em rácio da despesa total em saúde; despesa das famílias (*out-of-pocket*) em saúde em rácio do rendimento disponível bruto das famílias.

Adicionalmente, foi também calculado um indicador de vulnerabilidade económica, aplicado ao caso das administrações públicas, proporcionando a perceção do risco de violação das condições de sustentabilidade económica em cada cenário. O cálculo do indicador de vulnerabilidade foi feito de acordo com o definido na equação (12) do Capítulo 1 (aí denominado Indicador de Desvio Orçamental).<sup>27</sup> Para esse fim, mediu-se primeiro o impacto de cada cenário na despesa pública em saúde, tendo como referência o nível daquela variável na hipótese alternativa de, no período entre 2010 e 2020, o seu rácio na despesa pública total ter permanecido no valor observado em 2009 (ver Tabela 3.3). Assumiu-se, depois, que aquele impacto se repercutiria integralmente no saldo orçamental primário e na dívida pública, adicionando-se assim aos valores de base que resultam do cenário de previsão do FMI para estas duas variáveis para 2010-2020.

De seguida, descreve-se a metodologia subjacente à elaboração de cada cenário:

Cenário A
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Este cenário foi delineado, em primeiro lugar, com o propósito de servir de referência para os remanescentes. Começou-se por extrapolar a dinâmica observada entre 2000 e 2009, aferida pela taxa de variação média anual naquele período, para os valores da despesa total em saúde e da despesa pública em saúde em moeda nacional. Com base nos pressupostos gerais para o PIB a preços correntes e para a receita pública (ver Tabela 4.1), obtiveram-se a despesa total em saúde em rácio do PIB e a despesa pública em saúde em rácio da receita pública.</li> <li>➤ Por diferença entre a despesa total em saúde e a despesa pública em saúde, obteve-se a despesa privada em saúde, assumindo-se depois que o peso da despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde na despesa privada permanecia constante no valor de 2009 ao longo do horizonte de previsão. Com base no pressuposto geral para o rendimento</li> </ul>

<sup>27</sup> Recorde-se que se definiu este indicador, para o caso das Administrações Públicas, como o desvio acumulado entre o saldo orçamental primário observado em cada período e o saldo orçamental primário necessário para estabilizar o rácio da dívida pública líquida observada no período imediatamente anterior.

<p>disponível bruto das famílias (Tabela 4.1), obteve-se então a despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde em rácio do seu rendimento disponível bruto.</p> <p>➤ A despesa total em saúde <i>per capita</i> em USD PPC foi calculada fazendo uso da despesa total em moeda nacional e dos pressupostos gerais para o índice de paridade dos poderes de compra e para a população (Tabela 4.1).</p>
<b>Cenário B</b>
<p>➤ Como primeiro passo, identificaram-se os países para os quais seria pertinente estabelecer um objetivo quantificado para o nível da despesa total em saúde <i>per capita</i> em 2020. Escolheram-se Alemanha, Itália e Portugal, dado que estes são os países que, sob o Cenário A, apresentam valores para a despesa total em saúde <i>per capita</i> em percentagem da média da OCDE em 2020 abaixo do valor médio observado em 2000-2009 (este último é de, respectivamente, 132%, 100% e 84% para Alemanha, Itália, Portugal; os valores para o Cenário A são detalhados na Tabela 4.2, abaixo).<sup>28</sup></p> <p>➤ Estabeleceu-se como meta a alcançar em 2020, para cada um dos países mencionados, o respetivo valor médio observado entre 2000 e 2009. A fixação daquela meta materializou-se no cálculo da despesa total em saúde <i>per capita</i> em USD em PPC, a partir da qual, e com base nos pressupostos gerais para a população, o índice de paridade dos poderes de compra e o PIB a preços correntes, se obteve a despesa total em saúde em rácio do PIB.</p> <p>➤ Assumiu-se que o peso da despesa pública em saúde no total da despesa em saúde e o peso da despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde no total da despesa privada em saúde (em moeda nacional) se manteriam no nível de 2009 ao longo do horizonte de previsão, com a despesa privada calculada por diferença entre a despesa total e a despesa pública. Obteve-se, assim, a despesa pública em saúde em rácio da receita pública e a despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde em rácio do seu rendimento disponível bruto.</p>
<b>Cenário C</b>
<p>➤ Começou por se considerar que o rácio da despesa total em saúde no PIB se manteria no nível observado em 2009 em todo o horizonte de previsão. Atendendo-se ao pressuposto para a evolução do PIB, chegou-se à despesa total em saúde (em moeda nacional).</p> <p>➤ Aplicaram-se os mesmos passos que no Cenário B para se obter a despesa total em</p>

<sup>28</sup> Excluíram-se desta análise os EUA, uma vez que, embora também apresentando, sob o Cenário A, valores para a despesa total em saúde *per capita* em percentagem da média da OCDE em 2020 abaixo do valor médio observado em 2000-2009, o facto dos valores em causa serem, em qualquer caso, mais do dobro da média da OCDE, faz deste país um caso à parte (ver Capítulo 3).

saúde <i>per capita</i> em USD PPC, a despesa pública em saúde em rácio da receita pública e a despesa das famílias ( <i>out-of-pocket</i> ) em saúde em rácio do seu rendimento disponível bruto.
<b>Cenário D</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Considerou-se, como primeiro passo, que o peso da despesa pública em saúde na receita pública se manteria no nível de 2009 ao longo do horizonte de previsão. Com base no pressuposto geral assumido para a receita pública, obteve-se a despesa pública em saúde em moeda nacional.</li> <li>➤ Assumindo-se que a despesa privada em saúde em moeda nacional seria igual à prevista no Cenário A, obteve-se a despesa total em saúde em moeda nacional através da soma das componentes pública e privada. Com base nos pressupostos gerais para o PIB a preços correntes, a receita pública, os índices de paridade dos poderes de compra e a população, calcularam-se a despesa total em saúde <i>per capita</i> em USD PPC e a despesa total em saúde em rácio do PIB.</li> <li>➤ Considerou-se que também a despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde seria igual à prevista no cenário A, de modo a calcular-se o respetivo rácio no rendimento disponível bruto das famílias.</li> </ul>
<b>Cenário E</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Começou por se considerar o peso da despesa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) em saúde no seu rendimento disponível bruto como constante no nível de 2009 em todo o horizonte de previsão. A partir daí, obteve-se a despesa <i>out-of-pocket</i> em moeda nacional, com base no pressuposto geral relativo ao rendimento disponível bruto das famílias.</li> <li>➤ Para o cálculo da despesa pública em saúde e da despesa privada deduzida da despesa <i>out-of-pocket</i>, utilizou-se a mesma lógica que presidiu à elaboração do Cenário A, sendo que a despesa total em saúde foi obtida por adição destas duas componentes e da despesa <i>out-of-pocket</i> (em todos os casos, em moeda nacional). Com base nos pressupostos gerais para o PIB a preços correntes, a receita pública, os índices de paridade dos poderes de compra e a população, calcularam-se a despesa total em saúde <i>per capita</i> em USD PPC, a despesa total em saúde em rácio do PIB e a despesa pública em saúde em rácio da receita pública.</li> </ul>

O Apêndice D reúne os dados observados entre 2000 e 2009 que serviram de base à construção dos cenários e as Tabelas 3.2 e 3.3 apresentam os resultados obtidos para cada um deles.

**Tabela 3.2. Síntese dos principais resultados dos cenários**

	Despesa total em saúde <i>per capita</i> (PPC, USD)		Despesa total em saúde <i>per capita</i> (em % da OCDE)		Despesa total em saúde em % do PIB		Despesa pública em saúde em % da receita pública		Despesa pública em saúde em % da despesa total em saúde		Despesa das famílias (out-of-pocket) em saúde em % do rend.disp.bruto	
	2009	2020	2009	2020	2009	2020	2009	2020	2009	2020	2009	2020
<b>Cenário A. Continuidade</b>												
Alemanha	4.227	5.451	125,7	80,0	11,7	11,9	20,1	20,2	76,9	73,8	-	-
Itália	3.012	4.389	89,6	64,5	9,3	12,1	15,9	21,9	79,6	89,2	2,7	1,8
<b>Portugal</b>	<b>2.698</b>	<b>4.211</b>	<b>80,3</b>	<b>61,8</b>	<b>10,8</b>	<b>14,4</b>	<b>18,1</b>	<b>23,0</b>	<b>66,5</b>	<b>66,5</b>	<b>4,2</b>	<b>5,5</b>
Eslováquia	2.064	8.469	61,4	124,4	9,2	22,3	17,8	31,0	65,7	45,1	3,6	13,9
Eslovénia	2.554	6.779	76,0	99,5	9,3	17,5	16,7	30,6	73,2	72,1	1,9	3,6
Espanha	3.082	7.450	91,7	109,4	9,6	19,3	20,2	39,1	73,6	76,2	2,8	5,2
Reino Unido	3.380	7.464	100,5	109,6	9,8	13,6	22,2	32,4	83,4	89,4	-	-
EUA	7.971	14.928	237,1	219,2	17,6	22,1	26,9	33,8	47,3	53,2	2,7	3,0
<b>Cenário B. Recuperação da Despesa Total em Saúde <i>per capita</i> para um referencial da OCDE</b>												
Alemanha	4.227	8.989	125,7	132,0	11,7	19,6	20,1	34,8	76,9	76,9	-	-
Itália	3.012	6.810	89,6	100,0	9,3	18,8	15,9	30,3	79,6	79,6	2,7	5,4
<b>Portugal</b>	<b>2.698</b>	<b>5.720</b>	<b>80,3</b>	<b>84,0</b>	<b>10,8</b>	<b>19,5</b>	<b>18,1</b>	<b>31,3</b>	<b>66,5</b>	<b>66,5</b>	<b>4,2</b>	<b>7,5</b>
<b>Cenário C. Estabilização da Despesa Total em Saúde em % do PIB</b>												
Alemanha	4.227	5.374	125,7	78,9	11,7	11,7	20,1	20,8	76,9	76,9	-	-
Itália	3.012	3.369	89,6	49,5	9,3	9,3	15,9	15,0	79,6	77,9	2,7	2,7
<b>Portugal</b>	<b>2.698</b>	<b>3.165</b>	<b>80,3</b>	<b>46,5</b>	<b>10,8</b>	<b>10,8</b>	<b>18,1</b>	<b>17,3</b>	<b>66,5</b>	<b>66,5</b>	<b>4,2</b>	<b>4,2</b>
Eslováquia	2.064	3.483	61,4	51,1	9,2	9,2	17,8	18,6	65,7	65,7	3,6	3,6
Eslovénia	2.554	3.597	76,0	52,8	9,3	9,3	16,7	16,5	73,2	73,4	1,9	1,9
Espanha	3.082	3.685	91,7	54,1	9,6	9,6	20,2	18,7	73,6	73,6	2,8	2,8
Reino Unido	3.380	5.388	100,5	79,1	9,8	9,8	22,2	21,8	83,4	84,1	-	-
EUA	7.971	11.865	237,1	174,2	17,6	17,6	26,9	23,9	47,3	47,7	2,7	2,7
<b>Cenário D. Estabilização da Despesa Pública em Saúde em % da Receita Pública</b>												
Alemanha	4.227	5.422	125,7	79,6	11,7	11,8	20,1	20,1	76,9	73,7	-	-
Itália	3.012	3.329	89,6	48,9	9,3	9,2	15,9	15,9	79,6	85,8	2,7	1,8
<b>Portugal</b>	<b>2.698</b>	<b>3.617</b>	<b>80,3</b>	<b>53,1</b>	<b>10,8</b>	<b>12,4</b>	<b>18,1</b>	<b>18,1</b>	<b>66,5</b>	<b>61,0</b>	<b>4,2</b>	<b>5,5</b>
Eslováquia	2.064	6.850	61,4	100,6	9,2	18,0	17,8	17,8	65,7	32,1	3,6	13,9
Eslovénia	2.554	4.553	76,0	66,9	9,3	11,8	16,7	16,7	73,2	58,5	1,9	3,6
Espanha	3.082	4.705	91,7	69,1	9,6	12,2	20,2	20,2	73,6	62,2	2,8	5,2
Reino Unido	3.380	5.357	100,5	78,7	9,8	9,7	22,2	22,2	83,4	85,2	-	-
EUA	7.971	13.305	237,1	195,4	17,6	19,7	26,9	26,9	47,3	47,5	2,7	3,0

Cenário E. Estabilização da Despesa das Famílias ( <i>out-of-pocket</i> ) em Saúde em % do Rendimento Disponível Bruto das Famílias												
Alemanha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itália	3.012	4.598	89,6	67,5	9,3	12,7	15,9	21,9	79,6	85,1	2,7	2,7
<b>Portugal</b>	<b>2.698</b>	<b>3.923</b>	<b>80,3</b>	<b>57,6</b>	<b>10,8</b>	<b>13,4</b>	<b>18,1</b>	<b>23,0</b>	<b>66,5</b>	<b>71,3</b>	<b>4,2</b>	<b>4,2</b>
Eslováquia	2.064	5.895	61,4	86,6	9,2	15,5	17,8	31,0	65,7	64,8	3,6	3,6
Eslovénia	2.554	6.333	76,0	93,0	9,3	16,4	16,7	30,6	73,2	77,2	1,9	1,9
Espanha	3.082	6.838	91,7	100,4	9,6	17,7	20,2	39,1	73,6	83,0	2,8	2,8
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EUA	7.971	14.756	237,1	216,7	17,6	21,9	26,9	33,8	47,3	53,8	2,7	2,7

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 3.3. Evolução prospetiva da despesa pública em saúde (moeda nacional) implícita nos cenários**

	Despesa pública em saúde (moeda nacional)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Cenário A. Continuidade</b>											
Alemanha	286,8	295,5	304,5	313,7	323,2	333,0	343,1	353,5	364,2	375,2	386,6
Itália	147,8	154,4	161,2	168,3	175,7	183,4	191,5	200,0	208,8	218,0	227,6
<b>Portugal</b>	<b>19,1</b>	<b>20,1</b>	<b>21,0</b>	<b>22,1</b>	<b>23,2</b>	<b>24,3</b>	<b>25,5</b>	<b>26,7</b>	<b>28,1</b>	<b>29,4</b>	<b>30,9</b>
Eslováquia	6,6	7,5	8,6	9,8	11,3	12,9	14,7	16,8	19,3	22,0	25,2
Eslovénia	3,6	3,9	4,2	4,6	5,0	5,4	5,9	6,4	7,0	7,6	8,3
Espanha	109,4	119,5	130,5	142,5	155,5	169,8	185,4	202,5	221,1	241,4	263,5
Reino Unido	147,5	159,2	171,8	185,5	200,2	216,1	233,2	251,7	271,7	293,3	316,6
EUA	2.617,6	2.796,4	2.987,4	3.191,5	3.409,6	3.642,5	3.891,4	4.157,2	4.441,2	4.744,7	5.068,8
<b>Cenário B. Recuperação da Despesa Total em Saúde <i>per capita</i> para um referencial da OCDE</b>											
Alemanha	220,6	238,9	258,8	280,3	303,6	328,8	356,2	385,8	417,8	452,6	490,2
Itália	115,2	125,7	137,1	149,6	163,2	178,0	194,2	211,9	231,1	252,2	275,1
<b>Portugal</b>	<b>12,7</b>	<b>13,8</b>	<b>14,9</b>	<b>16,1</b>	<b>17,4</b>	<b>18,8</b>	<b>20,4</b>	<b>22,0</b>	<b>23,9</b>	<b>25,8</b>	<b>27,9</b>
<b>Cenário C. Estabilização da Despesa Total em Saúde em % do PIB</b>											
Alemanha	290,4	301,4	310,1	319,0	327,6	336,0	344,5	353,3	362,3	371,6	381,1
Itália	144,7	147,2	146,4	148,0	150,5	154,0	158,0	162,2	166,2	170,4	174,7
<b>Portugal</b>	<b>18,7</b>	<b>18,6</b>	<b>18,1</b>	<b>18,4</b>	<b>19,1</b>	<b>19,7</b>	<b>20,4</b>	<b>21,0</b>	<b>21,7</b>	<b>22,5</b>	<b>23,2</b>
Eslováquia	6,0	6,3	6,6	6,9	7,3	7,7	8,2	8,7	9,2	9,8	10,4
Eslovénia	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,6	3,8	3,9	4,1	4,2	4,4
Espanha	100,6	102,7	101,7	103,3	106,4	110,0	113,8	117,8	121,8	126,0	130,4
Reino Unido	143,5	147,8	152,6	160,0	167,8	176,6	185,7	195,8	206,2	217,1	228,5
EUA	2.553,5	2.653,2	2.743,9	2.851,4	2.977,8	3.126,0	3.287,9	3.463,6	3.642,6	3.830,8	4.028,8



Cenário D. Estabilização da Despesa Pública em Saúde em % da Receita Pública											
Alemanha	216,9	230,2	235,3	241,3	247,4	252,8	258,5	264,8	270,8	277,0	283,4
Itália	113,9	115,9	121,0	124,1	126,4	129,5	133,1	136,8	140,5	144,2	148,1
<b>Portugal</b>	<b>13,0</b>	<b>13,9</b>	<b>13,0</b>	<b>13,1</b>	<b>13,5</b>	<b>13,9</b>	<b>14,3</b>	<b>14,8</b>	<b>15,2</b>	<b>15,7</b>	<b>16,2</b>
Eslováquia	3,9	4,0	4,3	4,4	4,6	4,9	5,2	5,5	5,8	6,2	6,5
Eslovénia	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1	3,3
Espanha	76,7	76,2	77,3	78,8	81,1	84,4	88,2	91,7	95,5	99,4	103,6
Reino Unido	118,3	123,9	128,7	134,6	141,8	148,6	157,0	165,7	174,6	183,9	193,7
EUA	1.235,8	1.291,5	1.338,8	1.433,6	1.532,7	1.628,0	1.722,6	1.812,7	1.916,9	2.027,2	2.143,8
Cenário E. Estabilização da Despesa das Famílias ( <i>out-of-pocket</i> ) em Saúde em % do Rendimento Disponível Bruto das Famílias											
Alemanha	219,8	225,6	231,6	237,7	244,0	250,5	257,1	263,9	270,9	278,1	285,4
Itália	118,9	125,4	132,3	139,6	147,3	155,4	163,9	172,9	182,4	192,5	203,0
<b>Portugal</b>	<b>12,7</b>	<b>13,3</b>	<b>14,0</b>	<b>14,7</b>	<b>15,4</b>	<b>16,2</b>	<b>17,0</b>	<b>17,8</b>	<b>18,7</b>	<b>19,6</b>	<b>20,5</b>
Eslováquia	4,2	4,6	5,1	5,6	6,2	6,9	7,6	8,4	9,3	10,3	11,4
Eslovénia	2,6	2,8	3,1	3,3	3,6	4,0	4,3	4,7	5,1	5,5	6,0
Espanha	80,8	88,5	97,0	106,2	116,3	127,4	139,5	152,8	167,3	183,3	200,7
Reino Unido	123,8	134,5	146,1	158,7	172,3	187,2	203,3	220,9	239,9	260,6	283,1
EUA	1.251,6	1.351,4	1.459,1	1.575,4	1.700,9	1.836,5	1.982,9	2.141,0	2.311,6	2.495,9	2.694,8
Cenário-referência (IDO). Despesa pública em saúde como rácio constante da despesa pública total em 2009											
Alemanha	222,3	219,9	223,6	228,1	232,5	237,1	242,3	248,0	253,4	258,9	264,5
Itália	112,1	112,8	113,8	114,7	117,1	119,5	122,6	125,5	128,4	131,4	134,5
<b>Portugal</b>	<b>12,8</b>	<b>12,1</b>	<b>11,4</b>	<b>11,2</b>	<b>11,3</b>	<b>11,5</b>	<b>11,9</b>	<b>12,3</b>	<b>12,6</b>	<b>12,9</b>	<b>13,3</b>
Eslováquia	3,9	3,8	3,9	3,9	4,2	4,4	4,7	5,0	5,3	5,6	5,9
Eslovénia	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1
Espanha	73,0	71,5	68,3	69,1	70,3	72,3	74,8	77,1	79,5	82,0	84,6
Reino Unido	117,3	119,3	121,9	123,6	125,5	127,4	129,4	132,6	135,0	137,5	140,1
EUA	1.157,6	1.181,5	1.180,4	1.202,3	1.236,3	1.294,6	1.370,3	1.440,8	1.516,2	1.595,5	1.679,0

Fonte: elaboração própria.  
IDO: Índice de Desvio Orçamental.

Como se pode verificar pela Tabela 3.2, é sob o Cenário A, que pretende captar uma trajetória caracterizada pela inalteração de políticas, que o sistema de saúde português apresenta a evolução globalmente mais desfavorável nos indicadores de sustentabilidade. Com efeito, entre 2009 e 2020, verifica-se um agravamento de 3,6 p.p. na despesa total em saúde em rácio no PIB, de 4,9 p.p. na despesa pública em saúde em rácio na receita pública e de 1,4 p.p. na despesa *out-of-pocket* em rácio no rendimento disponível bruto das famílias. Em particular para o caso das administrações públicas, o indicador de vulnerabilidade revela uma evolução que sinaliza uma trajetória insustentável no longo prazo, com uma deterioração do desvio orçamental ao longo de todo o horizonte de previsão, alcançando um desvio acumulado de -69,9% da receita

pública em 2020 (Gráfico 3.1).<sup>29</sup> Em contrapartida, a despesa em saúde *per capita* em percentagem da média da OCDE regista um dos comportamentos menos desfavoráveis no conjunto dos cenários traçados, passando de 80,3% , em 2009, para 61,8% em 2020 (nos demais cenários, este último valor é menor).

No que toca os restantes países, salienta-se o agravamento dos indicadores de sustentabilidade nos casos da Eslováquia, Eslovénia, Espanha e Reino Unido, com Espanha a observar um agravamento especialmente elevado no indicador de sustentabilidade das administrações públicas (despesa pública em saúde em rácio na receita pública) (de 18,9 p.p.) e a Eslováquia a destacar-se particularmente nos demais (com um agravamento de 13,1 p.p. quer no indicador de sustentabilidade da Nação quer das administrações públicas e com um agravamento de 10,3 p.p. no indicador de sustentabilidade por parte das famílias). No caso dos EUA, salienta-se, também, um movimento desfavorável dos indicadores de sustentabilidade, mas que, ao contrário dos casos anteriores, é acompanhado por uma perda na despesa em saúde *per capita* em percentagem da média da OCDE (mas para níveis ainda assim bastante elevados, atingindo, em 2020, 219,2%). A trajetória deste indicador nos EUA contrasta, em especial, com a evolução apontada para a Eslováquia, que se revela, assim, um país no qual a ausência de medidas de alteração da política de saúde mais beneficiará a cobertura de cuidados de saúde (que passará de uma despesa *per capita* em saúde de 61,4% da média da OCDE, em 2009, para 124,4%, em 2020), mas sacrificando de forma evidente, como atrás referido, o andamento dos indicadores de sustentabilidade.

O indicador de vulnerabilidade para as administrações públicas revela que a Alemanha será o único país com uma trajetória claramente sustentável sob o Cenário A, com um desvio orçamental acumulado positivo de 15,2% da receita pública em 2020.<sup>30</sup> Todos os restantes países apresentam comportamentos que sinalizam trajetórias insustentáveis no longo prazo. O caso menos grave é o da Itália, com uma lenta deterioração do desvio orçamental acumulado, até chegar a -22,6% da receita pública em 2020, enquanto que, no outro extremo, a Espanha evidencia uma dinâmica de forte queda, alcançando um desvio acumulado de -226,2% da receita pública em 2020.

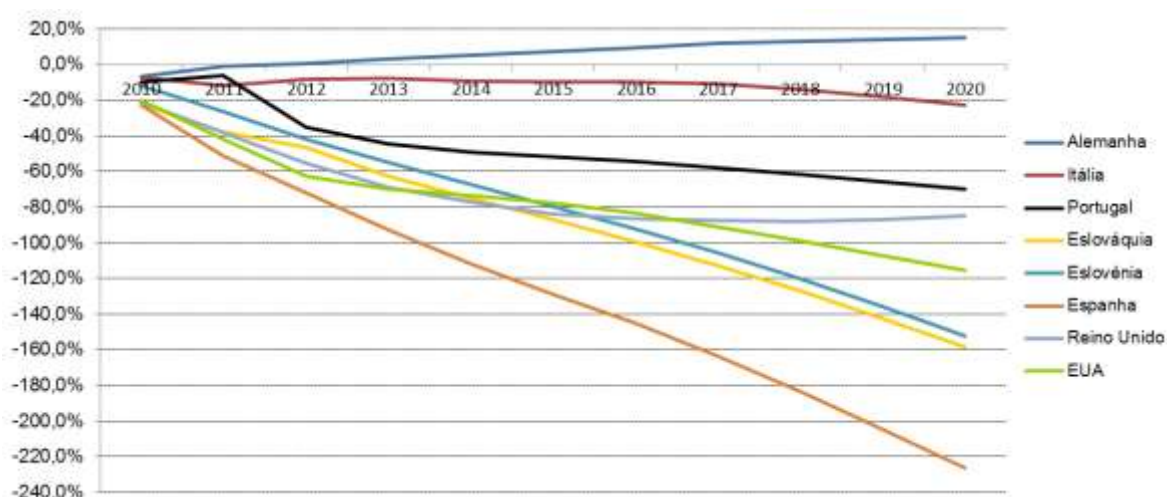
---

<sup>29</sup> Este valor significa que, em 2020, a dívida pública líquida em rácio da receita pública em Portugal terá aumentado 69,9 p.p. face a 2009.

<sup>30</sup> Este valor significa que, em 2020, a dívida pública líquida em rácio da receita pública na Alemanha terá recuado 15,2 p.p. face a 2009.

Os dados interpretados permitem observar que, no pressuposto de ausência de mudança de rumo nas políticas de saúde, somente a Alemanha não sairá penalizada em termos de indicadores de sustentabilidade, sendo que todos os outros países, independentemente da tipologia de sistema de saúde que possuam, sairão prejudicados.

**Gráfico 3.1. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário A**



Fonte: elaboração própria, a partir da Tabela 3.3.

Em contraste com o Cenário A, no caso português, o Cenário C revela-se o mais favorável em termos de sustentabilidade.<sup>31</sup> Assim, sob este Cenário, Portugal apresentará, de 2009 a 2020, uma estagnação em termos de indicadores de sustentabilidade da Nação e das famílias e uma diminuição de 0,8 p.p. no indicador de sustentabilidade das administrações públicas. Esta conclusão estende-se, genericamente, aos demais países, com exceção da Alemanha, para a qual o Cenário D é mais favorável, cenário sob o qual o indicador de sustentabilidade da Nação apresenta apenas um agravamento de 0,1 p.p. até 2020 e o indicador de sustentabilidade das administrações públicas evidencia uma estagnação. De notar, de qualquer modo, que, nos casos do Reino Unido e de Itália, há uma proximidade bastante acentuada entre os resultados obtidos do Cenário C e do Cenário D, sendo que, no primeiro daqueles

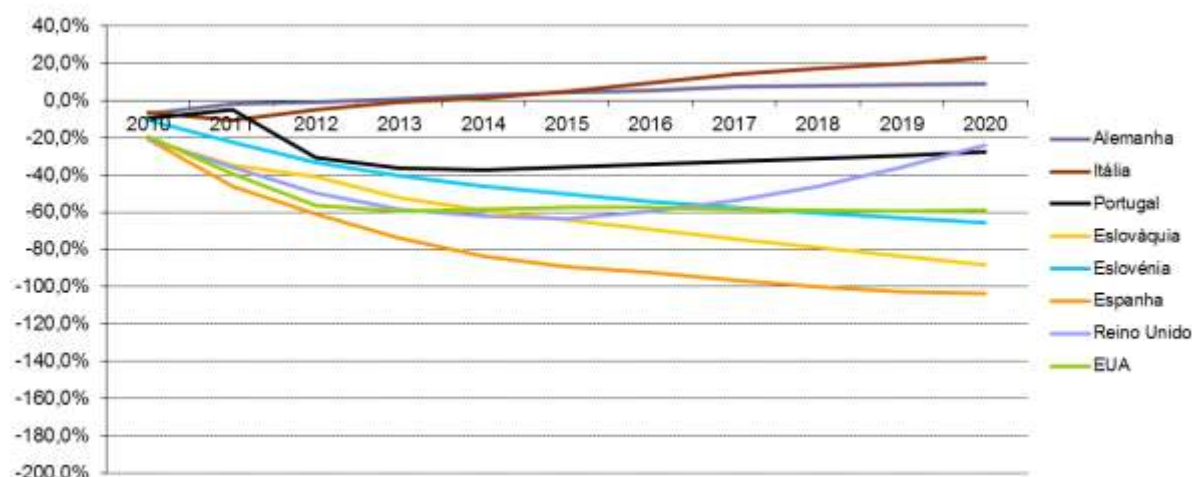
<sup>31</sup> Haverá que notar, em particular, que o melhor resultado visível na Tabela 4.2 para o indicador referente às administrações públicas sob o Cenário C decorre do facto das previsões do FMI para a taxa de crescimento da receita pública em Portugal apontarem para valores ligeiramente mais elevados que as do PIB a preços correntes.

cenários, se verifica, de 2009 a 2020, uma redução de 0,1 p.p. no indicador de sustentabilidade da Nação em Itália e uma estagnação no Reino Unido, uma diminuição de 0,4 p.p. no indicador de sustentabilidade das administrações públicas no Reino Unido e uma estagnação em Itália e uma redução de 0,8 p.p. no indicador de sustentabilidade das famílias em Itália. No Cenário D, há um recuo de 0,1 p.p. no indicador de sustentabilidade da Nação no Reino Unido e uma estabilização em Itália, uma estagnação no indicador de sustentabilidade das administrações públicas no Reino Unido e uma redução de 1 p.p. em Itália e uma estagnação do indicador de sustentabilidade das famílias em Itália.

O indicador de vulnerabilidade para as administrações públicas mostra que, sob o Cenário C (Gráfico 3.2), a Alemanha e a Itália serão os únicos países com trajetórias visivelmente sustentáveis, revelando desvios orçamentais acumulados positivos (respetivamente, 8,9% e 23,1%, da receita pública em 2020). Por comparação com o Cenário A, a Alemanha tem agora um comportamento menos favorável e a Itália alcança um posicionamento mais favorável. No que respeita os restantes países, nota-se um comportamento menos desfavorável que no Cenário A, sendo de realçar o movimento ascendente previsto para o Reino Unido, bem como, ainda que em menor grau, para Portugal (desvio orçamental acumulado de -27,6% em 2020), permanecendo Espanha como o país com uma trajetória mais penalizadora, fortemente descendente. No Reino Unido e Portugal, existem, assim, sinais de que uma estabilização da despesa total em saúde no PIB permitirá, no caso de uma repercursão proporcional da estabilização deste rácio no comportamento da despesa pública em saúde, o estabelecimento de uma trajetória de sustentabilidade económica no longo prazo.

Embora em termos de indicadores de sustentabilidade o Cenário C pareça ser globalmente o mais desejável, ele penaliza a cobertura de cuidados de saúde por comparação com o Cenário A, mas também com os restantes cenários. Com efeito, no Cenário C assiste-se, de 2009 a 2020, a uma redução da despesa *per capita* em saúde em percentagem da média da OCDE de 46,8 p.p. na Alemanha, 33,8 p.p. em Portugal, 10,3 p.p. na Eslováquia, 23,2 p.p. na Eslovénia, 37,6 p.p. em Espanha e 62,9 p.p. nos EUA. A exceção reside no Cenário D para os casos de de Itália e Reino Unido, países nos quais se assiste, respetivamente, a uma redução de 40,7 p.p. e 21,9 p.p. na despesa em saúde *per capita* em percentagem da média da OCDE, o que compara com diminuições de, respetivamente, 40,1 p.p. e 21,4 p.p. no Cenário C).

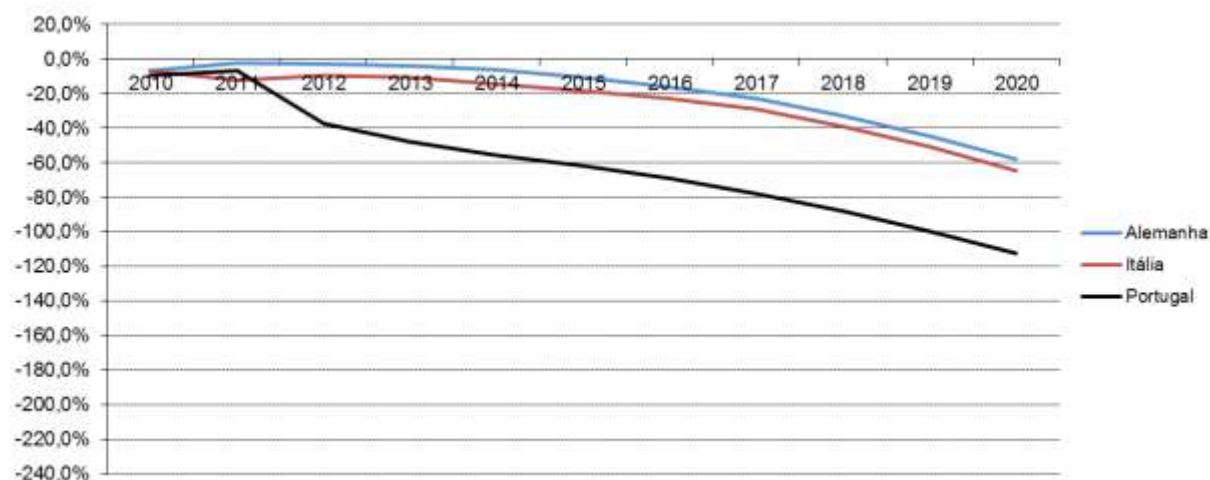
**Gráfico 3.2. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas  
sob o Cenário C**



Fonte: elaboração própria, a partir da Tabela 3.3.

Por contraponto ao Cenário C, o Cenário B (elaborado somente para Alemanha, Itália e Portugal, como explicado acima) é o único caso para o qual se perspetiva um aumento generalizado da despesa em saúde *per capita* em percentagem da média da OCDE face a 2009. Porém, os indicadores de sustentabilidade são altamente penalizados, não tornando este cenário apelativo. O indicador de vulnerabilidade para as administrações públicas mostra que, sob o Cenário B (Gráfico 3.3), os países em causa apresentam trajetórias claramente insustentáveis, revelando desvios orçamentais acumulados, em 2020, de -57,7% para a Alemanha, -64,6% para Itália e -112,5% para Portugal.

**Gráfico 3.3. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas  
sob o Cenário B**



Fonte: elaboração própria, a partir da Tabela 3.3.

Por sua vez, o Cenário D, tal como já referido, é um cenário com evoluções relativamente favoráveis em termos de sustentabilidade para a Alemanha, Itália e Reino Unido (no indicador de sustentabilidade da Nação, com uma redução, entre 2009 e 2020, de 0,1 p.p. em Itália e no Reino Unido e com um aumento de 0,1 p.p. na Alemanha, com uma redução de 0,8 p.p. em Itália no indicador de sustentabilidade das famílias e, dados os pressupostos assumidos, com uma estabilização do indicador de sustentabilidade das administrações públicas em todos os países) sendo que no primeiro caso o indicador de cobertura patenteia uma evolução menos desfavorável que no Cenário C (-46,1 p.p. contra -46,8 p.p.). Em termos de cobertura, igual comparação se faz com Portugal, Eslováquia, Eslovénia e Espanha (enquanto que no Cenário C, para aqueles países, há um recuo da despesa *per capita* em saúde em percentagem da média da OCDE de, respetivamente, 33,8 p.p., 10,3 p.p., 23,2 p.p. e 37,6 p.p., no Cenário D, Portugal, Eslovénia e Espanha apresentam uma redução de, respetivamente, 27,2 p.p., 9,1 p.p. e 22,6 p.p., e Eslováquia regista um aumento de 39,2 p.p.).<sup>32</sup> De referir que no Cenário D, apenas no caso de Itália não se verifica um agravamento do rácio da despesa

<sup>32</sup> Se se considerar que a despesa *per capita* em saúde é demasiadamente elevada no início do período de previsão, então o Cenário C é, em matéria de cobertura, menos penalizante que o Cenário D.

*out-of-pocket* no rendimento disponível bruto (que baixa 0,8 p.p.), aspeto que resulta da quebra esperada na despesa privada neste país.<sup>33</sup>

Em termos de indicador de vulnerabilidade para as administrações públicas, o esforço de estabilização do rácio da despesa pública em saúde no total da receita pública, embora tenha aqui reflexos mais favoráveis que no Cenário A, fica globalmente um pouco aquém dos resultados obtidos no Cenário C (Gráfico 3.4). Alemanha e Itália continuam a ser os únicos países com trajetórias visivelmente sustentáveis, revelando desvios orçamentais acumulados positivos (na Alemanha, a trajetória de sustentabilidade é até mais evidente no Cenário D que no Cenário C). De entre os restantes países, Reino Unido e Portugal são, à semelhança do Cenário C, aqueles que apresentam sinais de estabelecimento de uma trajetória de sustentabilidade económica no longo prazo, embora Portugal apenas consiga estabilizar o desvio orçamental negativo e já não colocá-lo em trajetória de redução como no Cenário C. Os demais países permanecem em trajetória de insustentabilidade, agravada face ao Cenário C.

**Gráfico 3.4. Indicador de vulnerabilidade económica das administrações públicas sob o Cenário D**



Fonte: elaboração própria, a partir da Tabela 3.3.

<sup>33</sup> De notar que a Itália regista uma queda da despesa privada em saúde no cenário de continuidade (Cenário A), em contraste com todos os outros países em análise.

Finalmente, o Cenário E prejudica a sustentabilidade económica da Nação e das administrações públicas em todos os países (o indicador para as famílias está constante por pressuposto neste cenário), levando, também, a um comportamento do indicador de cobertura mais desfavorável que no Cenário A na generalidade dos países. Assim, o indicador de sustentabilidade da Nação agrava-se, de 2009 a 2020, em 8,2 p.p., 7,1 p.p. e 6,3 p.p., 2,6 p.p., 3,4 p.p. e 4,3 p.p., respetivamente na Espanha, Eslovénia, Eslováquia, Portugal, Itália e EUA, e o indicador de sustentabilidade das administrações públicas agrava-se para aqueles países em, respetivamente, 18,9 p.p., 13,9 p.p., 13,1 p.p., 4,9 p.p., 5,9 p.p. e 6,9 p.p. No que toca o indicador de cobertura, a exceção é a da Itália, que é beneficiada sob o Cenário E em termos de despesa total *per capita*, por comparação com o cenário de continuidade (com uma queda despesa *per capita* em saúde em percentagem da média da OCDE a situar-se em 22,7 p.p., contra 25,2 p.p.), refletindo, mais uma vez, o facto de ser o único país que observa uma queda da despesa privada em saúde no cenário de continuidade (neste último, a despesa *out-of-pocket* cai 1,6% ao ano, enquanto que, no Cenário E, cresce ao ritmo do rendimento disponível bruto, que iguala, por pressuposto, a taxa de crescimento do PIB, isto é, 1,9% ao ano).

Tendo em conta os pressupostos assumidos, os resultados para o indicador de vulnerabilidade para as administrações públicas sob este cenário são iguais aos do Cenário A.

Verifica-se, em suma, um *trade-off* entre a tónica colocada, no curto e médio prazo, na sustentabilidade e na cobertura de cuidados de saúde, havendo, contudo, lugar a intensidades distintas da trajetória destas duas dimensões consoante o cenário em apreço. De uma forma geral, em termos de sustentabilidade, os cenários menos desfavoráveis para os países em estudo serão os cenários C e D. Por sua vez, o cenário B sinaliza a impossibilidade de se recuperarem os níveis de despesa *per capita* em saúde em rácio na média da OCDE que marcaram a década passada, uma vez que a sustentabilidade surge severamente prejudicada. Por outro lado, o Cenário D ilustra que o menor esforço exigido às famílias tende a sacrificar mais os restantes agentes financiadores, com reflexos negativos na sustentabilidade (ainda que possivelmente marginais), tendo um efeito variável em termos de cobertura.

Como já se demonstrou, no caso específico do sistema de saúde português, é inequívoca a trajetória insustentável a que conduziria uma manutenção de política de saúde, espelhada no Cenário A. Como também se referiu, do ponto de vista estrito da



sustentabilidade, o Cenário C revela-se o mais favorável, enquanto do ponto de vista da cobertura é o Cenário B que se mostra mais atrativo. Em particular relativamente às administrações públicas, o indicador de vulnerabilidade calculado evidencia que as restrições impostas nos Cenários C e D surtem efeitos positivos sobre a sustentabilidade do sistema no longo prazo, embora penalizando assinalavelmente o indicador de cobertura.

Relativamente à questão da sustentabilidade e tomando em consideração o ponto de partida para o exercício prospetivo aqui conduzido, com rácios de despesa já muito elevados quer para as administrações públicas quer para as famílias, conclui-se que as medidas de política deverão visar ambos os tipos de agente financiador (ou seja, devem aspirar à estabilização em simultâneo do peso da despesa pública em saúde na receita pública e do peso da despesa *out-of-pocket* no rendimento disponível bruto das famílias). A mitigação do efeito perverso em termos de cobertura daí decorrente poderá passar, para o horizonte de cenarização em causa, pelo incremento da importância de outros agentes financiadores, para além das administrações públicas e das famílias.

Relembrando os dados relativos à análise *shift-share* conduzida na Secção 3 do Capítulo 2 e os dados apresentados no Apêndice C, constata-se ser possível proceder a ajustamentos na estrutura de financiamento da despesa em saúde. Com efeito, a despesa em saúde em percentagem do PIB financiada pelas administrações públicas tem vindo a aumentar (taxa de crescimento acumulada de 6,2% entre 2000 e 2008), mas o seu elevado nível por comparação com o verificado na média da OCDE sugere que deverá diminuir no futuro, num movimento, aliás, reforçado pela restrição orçamental que incide sobre este agente financiador, como mostrado acima. As famílias têm, igualmente, vindo a aumentar o financiamento de que são responsáveis em rácio no PIB (com um crescimento acumulado de 17,5% entre 2000 e 2008) mas também têm margem para reduzir a sua relevância por comparação com a OCDE, algo igualmente corroborado, como se viu, pela sua restrição orçamental. O financiamento através de seguros privados em peso do PIB tem crescido consideravelmente (taxa de crescimento acumulada de 59,9%) mas, neste caso, verifica-se ainda margem para subir face à OCDE. Por seu turno, o financiamento via empresas tem estado a cair em rácio do PIB (variação acumulada de -49,7%), encontrando-se atualmente sensivelmente no nível verificado na média da OCDE, o que sugere que este agente financiador deverá travar a sua trajetória de queda, de modo a estabilizar o seu peso no PIB no futuro. Finalmente,

o financiamento via ISFL também esteve em queda (variação acumulada de -15,6%), mas a comparação com a média da OCDE sugere que existe alguma margem para aumentar a sua expressão em percentagem do PIB em Portugal.<sup>34</sup>

Sublinhe-se, contudo, que os ajustamentos na estrutura de financiamento da despesa em saúde apontados em cima remetem para um horizonte de curto e médio prazo, procurando-se explorar a eventualidade de, nesse horizonte, alguns agentes financiadores registarem condições de restrição orçamental (ou mesmo financeira) mais confortáveis que outros. Todavia, no longo prazo, todos os agentes financiadores serão confrontados com as suas condições de sustentabilidade económica, pelo que o crescimento da despesa em saúde *per capita* apenas poderá ser suportado pela progressão do PIB *per capita*.

---

<sup>34</sup> Note-se, com base no Apêndice C, que, tal como seria de esperar à luz das tipologias de financiamento explanadas na Secção 2 do Capítulo 1, Portugal tem uma estrutura de financiamento parecida com a do Reino Unido, Espanha e Itália. Porém, ainda assim, sobressai o menor peso relativo das administrações públicas em Portugal, em contraponto com o maior peso relativo das famílias.

## Capítulo 4. Principais conclusões

A presente dissertação teve como propósito estudar a sustentabilidade económica do sistema de saúde português, enquadrando-a na realidade dos países integrantes da OCDE e, mais especificamente, no contexto de um grupo de sete países – Alemanha, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, EUA, Itália e Reino Unido.

Para tal, foram elaborados três capítulos. O Capítulo 1 dedicou-se à revisão de literatura mais relevante para o tema em análise. Em particular, procedeu-se à explanação do conceito formal de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde (Blanchard *et al.*, 1990, e Neck e Sturm, 2008). Por sua vez, o Capítulo 2 focou-se na evolução dos indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde, bem como no indicador de cobertura de cuidados de saúde, entre 1990 e 2009. Por último, o Capítulo 3 destinou-se à elaboração, para o caso português e, sempre que pertinente, para os restantes países em estudo, de cinco cenários de evolução dos indicadores de sustentabilidade económica dos sistemas de saúde, delineados para o período compreendido entre 2010 e 2020.

Merece destaque o facto de, entre 1990 e 2009, Portugal ter exibido um grau de cobertura de cuidados de saúde em Portugal inferior ao da média da OCDE, ao mesmo tempo que o indicador de sustentabilidade económica ao nível agregado (rácio da despesa em saúde do PIB) – apesar de algum abrandamento na última década – já ter superado aquele referencial, impulsionado por um maior crescimento da despesa em saúde por comparação com o crescimento do PIB nominal.

Relativamente ao indicador de sustentabilidade económica do sistema de saúde por parte do Estado (rácio da despesa em saúde no total das receitas públicas), ele atingiu, para Portugal, um patamar relativamente confortável no quadro dos países estudados, na sequência de uma trajetória de significativo abrandamento no período considerado. Já a componente correspondente aos pagamentos diretos das famílias (despesa *out-of-pocket*) em rácio do seu RDB registou uma subida progressiva ao longo da última década que a conduziu para patamares claramente superiores aos dos demais países em análise.

No que toca o panorama internacional, salientaram-se três aspetos: (i) a acentuada dinâmica recente de crescimento do peso da componente pública de despesa em saúde nos EUA, país onde esta teve historicamente uma presença relativamente diminuta no

contexto de um sistema baseado no seguro de saúde privado voluntário; (ii) o reduzido peso, e em queda, da componente pública na despesa em saúde em Portugal (o mais baixo a seguir aos EUA); (iii) a semelhança entre Portugal e a Eslovénia no que toca a dinâmica de abrandamento tanto da despesa total em saúde *per capita* e em rácio do PIB como da despesa pública em saúde em rácio da receita pública, em contraste com o observado nos restantes países com um relevante grau de proximidade, estrutural e/ou institucional a Portugal (ou seja, Eslováquia, Espanha e Itália). Este último aspeto espelha o facto de a evolução dos indicadores de sustentabilidade parecer não estar associado à tipologia de sistema de saúde, sugerindo que tal trajetória se deverá, sobretudo, às especificidades (nomeadamente em termos sociais, históricos e culturais) e ao ponto de partida de cada país.

Na aplicação adaptada da análise *shift-share*, que no caso específico de Portugal ocorreu apenas para o período entre 2000 e 2008, constatou-se que, para a despesa em saúde *per capita*, Portugal apresentou uma estrutura de financiamento favorável (especialização nos agentes financiadores que revelaram uma dinâmica de crescimento mais acentuada na média da OCDE), mas que foi mais do que compensada pela dinâmica idiossincrática de cada agente financiador, sugerindo a existência de desvantagens comparativas ao nível do país. Deste modo, em termos efetivos, a variação da despesa total em saúde *per capita* foi de 854,2 euros no referido período, menos 81,7 euros que o esperado à luz da dinâmica e da estrutura de financiamento médias da OCDE.

Considerando a despesa em saúde em percentagem do PIB, verificou-se que Portugal apresentou vantagens comparativas, mas que foram mais do que compensadas por uma especialização desfavorável na ótica da capacidade de preservação da sustentabilidade económica do sistema de saúde. Assim, em termos efetivos, a variação do rácio da despesa total em saúde no PIB foi de 0,73 p.p., menos 0,32 p.p que o esperado atendendo à dinâmica e à estrutura de financiamento da média da OCDE. Por comparação com a dinâmica da OCDE, o agente financiador que mais suportou a correção da trajetória de evolução da despesa em saúde com vista à sustentabilidade económica do sistema de saúde português foi a administração pública central, seguida das empresas (pagamentos diretos).

Quanto aos cenários traçados, concluiu-se que, no cenário de continuidade, todos os países, exceto a Alemanha, se encontrarão em trajetórias claramente não sustentáveis pela significativa subida dos rácios de despesa no horizonte de previsão. Os restantes

cenários revelaram que políticas que visem a estabilização dos rácios de despesa em saúde serão eficazes no estabelecimento de uma trajetória de sustentabilidade económica até 2020 em Portugal, Itália e Reino Unido.

Em particular para Portugal, tendo em conta o ponto de partida para o exercício prospetivo conduzido, com rácios de despesa já muito elevados quer para as administrações públicas quer para as famílias, concluiu-se que as referidas políticas deverão visar ambos os tipos de agente financiador (ou seja, estabilizando em simultâneo o peso da despesa pública em saúde na receita pública e o peso da despesa *out-of-pocket* no rendimento disponível bruto das famílias). No que toca os demais países em análise, Eslováquia, Eslovénia e Espanha parecem ser os países cuja dinâmica explosiva exige medidas mais restritas que a mera estabilização dos rácios de despesa, de modo a que uma trajetória compatível com a sustentabilidade económica seja alcançada até 2020.

Os cenários evidenciaram também que, em qualquer dos casos, o indicador de cobertura (despesa em saúde *per capita*) será fortemente penalizado pelas políticas de estabilização dos rácios de despesa em saúde. Num horizonte de curto e médio prazo, a mitigação deste efeito poderá passar, eventualmente, pelo incremento da importância de outros agentes financiadores, para além das administrações públicas e das famílias. Todavia, no longo prazo, também esses outros agentes financiadores terão que cumprir as suas próprias condições de sustentabilidade económica, pelo que o crescimento da despesa em saúde *per capita* terá que ser suportado apenas pelo crescimento do PIB *per capita*.

Num prolongado contexto de fraco crescimento económico, como parece ser o que se avizinha, em particular para Portugal, e dados os limites naturais que se colocam aos ganhos de eficiência, parece ser inevitável um recuo da posição relativa do país no que respeita a capacidade de cobertura dos cuidados de saúde no espaço da OCDE.

## Referências bibliográficas

- Afonso, António e St. Aubyn, Miguel (2005) “Assessing education and health efficiency in OECD countries using alternative input measures”, *Proceedings of the 7th Workshop on Public Finance*, Research Department, Banca d’Itália.
- Albrecht, T., Cesen, M., Hindle, D., Jakubowski, E., Kramberger, B., Petric, V. K., Premik, M. e Toth, M. (2002) “Slovenia Health System review”, *Health Systems in Transition*, 4 (3), 32-34.
- Baldacci, E., McHugh, J., e Petrova, I. (2011) “Measuring Fiscal Vulnerability and Fiscal Stress: A Proposed Set of Indicators”, *IMF Working Papers*, 11/94, April.
- Blanchard, O. J., Chouraqui, J.-C., Hageman, R. P., e Sartor, N. (1990) “The Sustainability of Fiscal Policy: New Answers to an Old Question”, *OECD Economic Studies* 15:7–36.
- Barros, P.P. (1998) “The black-box of health care growth determinants”, *Health Economics*, 7, 533-544.
- Barros, P.P. (1999) “Eficiência e modos de pagamento aos hospitais”, em P.P. Barros e J. A. Simões, editores, *Livro de homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa, APES.
- Barros P.P. (2009) *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Edições Almedina, Coimbra, 2ª ed.
- Barros P.P. e Gomes, J. P. (2002) “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar português”, *GANEC- Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa*.
- Barros, P.P., Machado, S. R. e Simões, J. (2011) “Portugal Health System review”, *Health Systems in Transition*, 13 (4), 17-80.
- Baumol, W. (1993) “Health Care, education and the cost of disease: a looming crisis for public choice”, *Public Choice*, 77, 17-28.

- Bentes, M. (1996). “A utilidade da informação de rotina na avaliação da qualidade: o contributo do GDH”, em Vaz *et al.*, eds., *As reformas dos sistemas de saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 267-277.
- Breyer, F. e Felder, S. (2006) “Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying”, *Health Policy*, 75 (2) 178-86.
- Campos, A. C. (2008) *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*, Edições Almedina, Coimbra.
- Cutler, D. M., e McClellan, M. (2001) “Is technological change in medicine worth it?”, *Health Affairs*, 20(5), 11-29.
- Ellis, R e McGuire, T.G. (1986) “Provider behavior under prospective reimbursement”, *Journal of Health Economics*, 5, 129-151.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011) *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).
- Felder, S., Meier, M., e Schmitt, H. (2000) “Health care expenditure in the last month of life”, *Journal of Health Economics*, 19, 679-695.
- Gerdtham, U.G., Jönsson, B., MacFarlan, M., e Oxley, H. (1998) “The determinants of health expenditure in the OECD countries: A pooled data analyses”, em *Health, The Medical Profession, and Regulation* (ed. P. Weifel), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Gerdtham, U. L., e Jönsson, B. (2000) “International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis”, em *Handbook of Health Economics, Volume 1A*. (Ed. by A.J. Culyer and J.P. Newhouse), Elsevier: Amsterdam.
- Getzen, T.E. (2000) “Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures”, *Journal of Health Economics*, 19 (2), 259-270.
- Ginsburg, P. B. (2008) “High and rising health care costs: Demystifying U.S. health care spending”, *Research Synthesis Report*, 16.
- Grossman, M., (1972) *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*, Columbia University Press, New York.
- INE (2006), *4º Inquérito Nacional de Saúde*.

Instituto Superior de Economia e Gestão (2010) *Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*, disponível em <http://healthportugal.com/noticias/>.

Jones, C. (2002) “Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?”, *NBER Working paper*, 9325.

Laffont, J.J. e Tirole, J. (1986) “Using cost observation to regulate firms”, *Journal of Political Economy*, *Journal of Political Economy* 94, (3), Part 1, 614-641.

Leu, R.E. (1986) “The public-private mix and international health care costs”, *Public and Private Health Services*. (Eds. A.J. Culyer and B. Jönsson). Basil Blackwell, Oxford.

Loveridge, S. e Selting, A. (1998) “A review and comparison of shift-share identities”, *International Regional Science Review*, 21 (1), 37-58.

Lubitz, J. D., e Riley, G. F. (1993) “Trends in Medicare payments in the last year of life”, *New England Journal of Medicine*, 328, 1092-1096.

Manning, W.G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A., e Marquis, M.S.(1987)“Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, *American Economic Review*, 77 (3).

Moïse, P., (2003) “The Technology-Health Expenditure Link a Perspective from the Ageing-Related Diseases Study”, em *A Disease-based Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost?* (ed. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)). OECD, Paris.

Mossialos, E. e Le Grand,J. (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate Publishing Limited.

Mossialos, E. e Thomson.S. (2002) “Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment”, *International Journal of Health Services*, 32(1), 19-88.

Muurinen, J.M. (1982)“Demand for health: a generalised Grossman model”, *Journal of Health Economics*, 1, 5–28.

Neck, R. e Sturm, J-E. (2008) “Sustainability of Public Debt: Introduction and Overview”, in *Sustainability of Public Debt*, ed. R. Neck e J-E. Sturm, MIT Press: Cambridge, Massachusetts.



- Newhouse, J.P. (1977) “Medical expenditure: a cross national survey”, *Journal of Human Resources*, 12, 115-125.
- Newhouse, J.P. (1992) “Medical care costs: how much welfare loss?”, *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3-21.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) *10/30 Anos: Razões para continuar – Relatório da Primavera de 2009*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Crise & Saúde: Um país em sofrimento—Relatório da Primavera de 2012*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa (versão provisória).
- OCDE (1995) “Nouvelles Orientations dans la Politique de Santé”, *Études de Politique de Santé*, 7.
- OCDE (1998) *OECD Economic Surveys – 1997-1998 – Portugal*, OECD, Paris.
- OECD (2006) “Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditure: What are the main drivers?”, *OECD Working paper*, 477.
- OECD (2006b) “Future Budget pressures arising from spending on health and long term care”. *OECD Economic Outlook*, preliminary edition, 79 (May), 145-56.
- OECD (2010) “Value for Money in health spending”, *OECD Health Policy Studies*, disponível em [www.oecd.org/publishing](http://www.oecd.org/publishing).
- Okunade, A. A. , Murthy, V. N. R. (2002) “Technology as a ‘major driver’ of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture”. *Journal of Health Economics*, 21, 147–159.
- Oxley, H., e MacFarlan, M. (1994) “Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency”, *OECD Economic Studies*, 24, 7-55.
- Paris, V., Devaux, M. e Wei, L. (2010) "Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries", *OECD Health Working Papers*, 50.
- Presidência do Conselho de Ministros (2011), *Programa do XIX Governo Constitucional*, disponível em [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt).

Presidência do Conselho de Ministros (2011) *Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica*, 17 de maio, disponível em [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt).

Przywara, B. (2010) “Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results”, *European Economy – Economic Papers*, 417, July.

Simões, J. (2004) *Retrato Político da Saúde*, Edições Almedina, Coimbra.

Smith, S. D., Heffler, S. K., e Freeland, M.n SS. (2000) “The Impact of Technological Change on Health Care Costs Spending: An Evaluation of the Literature”, disponível em [www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tech\\_2000\\_0810.pdf](http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tech_2000_0810.pdf).

Stoian, A. (2011), “Fiscal Vulnerability vs. Fiscal Sustainability: Theoretical Background”, *Theoretical and Applied Economics*, 5 (558) (supplement), 541-547.

Szali, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Marek Petrovič, M., van Ginneken, E., (2011) “Slovak Health System review”, *Health Systems in Transition*, 13 (2), 57-58.

Thomson, S., Foubister, T. e Mossialos, E. (2009) “Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses”, *The European Observatory on Health Systems and Policies – Observatory Studies Series*, 17.

Tribunal de Contas (2007) *Relatório Final da Comissão para Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*.

United Nations (2010) *Human Development Report*, Palgrave Macmillan: New York.

World Bank (2010) *World Development Indicators*, disponível em [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva.

## Sítios da internet consultados

Comissão Europeia, *AMECO*, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/ameco/](http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/), consultado em abril de 2012.

Banco Mundial, [http:// www.worldbank.org](http://www.worldbank.org), consultado em abril de 2012.

Entidade Reguladora da Saúde, <http://ers.pt>, consultado em maio de 2012.

FMI, *World Economic Outlook Database*, *april 2012*, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/01/weodata/weoselgr.aspx>, consultado em julho de 2012.

Ministério da Saúde, <http://www.min-saude.pt>, consultado em janeiro de 2012.

OCDE, *OECD.Stat*, <http://stats.oecd.org/>, consultado em abril de 2012.

Portal da Saúde, <http://www.portaldasaude.pt>, consultado em janeiro de 2012.

Portal do Governo, <http://www.portugal.gov.pt>, consultado em janeiro de 2012.

# Apêndice A

## Caso do pagamento aos hospitais

Focando-nos, primeiramente, no caso dos hospitais, apresenta-se, de seguida, um modelo analítico simples, com o propósito de evidenciar as principais diferenças conceptuais associados aos sistemas de pagamentos disponíveis (ver Ellis e McGuire, 1986). A análise que se segue consiste numa adaptação da exposição do modelo realizada em Barros (2009).

Para tornar a análise mais clara, vão considerar-se os dois sistemas extremos de financiamento de um hospital: o sistema puro de pagamento retrospectivo ou por reembolso e o sistema puro de pagamento prospetivo. Com vista à simplificação da exposição analítica, irão considerar-se explicitamente apenas os efeitos diretos dos dois sistemas sobre a quantidade e a qualidade do serviço de saúde prestado, à semelhança de Barros (2009), omitindo do modelo formal o efeito indireto associado à redução de custos que poderá decorrer dos incentivos ao aumento da eficiência técnica. No entanto, este aspeto será tido em conta na discussão dos resultados do modelo feita neste apêndice.

Deste modo, representando por  $R$  as receitas do hospital, que dependem do sistema de pagamentos implementado,  $C$  os custos associados a uma determinada quantidade  $q$  de serviços hospitalares (ou seja,  $C \equiv C(q), C' > 0$ ) e  $A$  uma constante positiva, tem-se  $R = C(q)$ , no caso do pagamento por reembolso, isto é, dando origem a um fluxo financeiro relacionado positivamente com  $q$ , e  $R = A$ , no caso do pagamento prospetivo, ou seja, dando origem a um fluxo financeiro independente de  $q$ .<sup>35</sup>

Neste modelo, toma-se o médico como elemento central, atribuindo-se-lhe o papel de responsável pela determinação da quantidade de cuidados de saúde a prestar ao doente, tendo em conta nas suas decisões tanto os interesses do doente (nível de bem-estar,  $B$ ) como do hospital (excedente financeiro,  $\pi$ ) em que se encontra inserido. Os cuidados de saúde a prestar ao doente são fornecidos conjuntamente pelo médico e pelos serviços do hospital (estes últimos abrangendo, por exemplo, enfermagem e exames complementares de diagnóstico).

---

<sup>35</sup> A unidade de medida a ser utilizada poderá ser a quantidade de serviço hospitalar fornecido e dos respectivos custos: por serviço prestado (acto), por dia de internamento, por caso clínico (episódio clínico ou doente tratado), entre outros.

Interessa, assim, definir as seguintes funções: a função bem-estar do doente,  $B \equiv B(q)$ , com  $B'' < 0, \forall q > 0$ , e  $\exists \bar{q} > 0, B'(\bar{q}) = 0$ , a função excedente do hospital,  $\pi(q) = R - C(q)$ , e a função utilidade do médico,  $u \equiv u(B(q), \pi(q))$ , com  $\partial u / \partial B > 0, \partial u / \partial \pi > 0$ .<sup>36</sup>

Neste quadro, o médico irá escolher a quantidade óptima de serviços hospitalares,  $q^*$ , resolvendo o problema estático de optimização:

$$\max_{q > 0} u(B(q), \pi(q)), \quad (1)$$

sujeito à condição de primeira ordem:

$$\frac{\partial u}{\partial B} \frac{dB}{dq} + \frac{\partial u}{\partial \pi} \frac{d\pi}{dq} = 0 \quad (2)$$

Como se verá, a solução para este problema dependerá do sistema de pagamento considerado.

Atendendo ao pagamento retrospectivo ou por reembolso, teremos então  $R = C(q)$ , o que implica que  $\pi = 0, \forall q > 0$ , e, portanto,  $d\pi/dq = 0$ . Dado que  $\partial u / \partial B > 0$ , a equação (2) leva a que  $dB/dq = 0$ . Ou seja, neste caso, a maximização da utilidade do médico implica simplesmente a maximização do bem-estar dos doentes, correspondendo a uma quantidade ótima de serviços hospitalares que designaremos por  $q^* = q_R$ .

No caso do pagamento prospetivo, com  $R = A$ , temos  $\pi(q) = A - C(q)$  e, logo,  $d\pi/dq = -dC/dq$ . A equação (2) conduz agora a que:

$$\frac{dB}{dq} = \frac{\partial u}{\partial \pi} \bigg/ \frac{\partial u}{\partial B} \cdot \frac{dC}{dq} \quad (3)$$

Tendo em conta que  $dC/dq > 0$ ,  $\partial u / \partial B > 0$  e  $\partial u / \partial \pi > 0$ , então resulta de (3) que  $dB/dq > 0$ . Dadas as propriedades da função  $B$ , verifica-se que a maximização da utilidade do médico conduz agora, por resolução da equação (3), a uma quantidade ótima de serviços hospitalares  $q^* = q_P$ , tal que  $q_P < q_R$ . Este resultado reflete o facto de, com pagamento prospetivo, o médico entrar em consideração com o impacto

---

<sup>36</sup>Mais genericamente, admite-se que as hipóteses de concavidade se verificam de modo a que as condições suficientes de segunda ordem para existência de um máximo da função  $u$  sejam satisfeitas.

positivo que a quantidade de serviços hospitalares prestados tem nos custos do hospital, aspeto ausente aquando do pagamento retrospectivo.

Conclui-se, assim, que um sistema de pagamento prospetivo induz, como efeito direto, uma menor quantidade de serviços hospitalares que um sistema de pagamento retrospectivo. Salienta-se, em particular, o facto deste resultado não depender da forma de cálculo do valor do fluxo financeiro  $A$  (isto é, por apuramento *backward-looking* ou *forward-looking*) estabelecido no cenário de pagamento prospetivo.

Um aspeto relacionado com o anterior diz respeito à capacidade que cada um dos sistemas considerados tem (ou não) de gerar um resultado coincidente com o ótimo social. A quantidade ótima de serviços hospitalares é, neste caso, calculada resolvendo o seguinte problema de otimização:

$$\max_{q>0} S = B(q) - C(q), \quad (4)$$

sujeito à condição de primeira ordem:

$$\frac{dB}{dq} = \frac{dC}{dq}. \quad (5)$$

Dado que  $dC/dq > 0$ , resulta de (5) que também  $dB/dq > 0$ . A solução para a equação (5) será uma quantidade designada por  $q^* = q_S$ .

A comparação com a solução no caso do pagamento retrospectivo é imediata, dado que neste último caso  $dB/dq = 0$  como já se viu, concluindo-se inequivocamente que  $q_S < q_R$ , para quantidades positivas de serviço hospitalar. Ou seja, *um sistema puro de pagamento retrospectivo tende a gerar uma sobreprovisão (do ponto de vista social) de serviços hospitalares*.

Para se confrontar o ótimo social com a solução no caso do pagamento retrospectivo, é preciso comparar as equações (3) e (5). Definindo  $\mu \equiv \frac{\partial u}{\partial \pi} / \frac{\partial u}{\partial B}$ , resulta que a expressão para  $dB/dq$  será igual em (3) e (5), e logo  $q_S = q_P$ , se  $\mu = 1$ . Tem-se então que *um sistema puro de pagamento prospetivo gerará uma quantidade de serviços hospitalares socialmente ótima se  $\mu = 1$ , ou seja, se o médico atribuir igual peso nas suas decisões aos benefícios para o doente (impacto no bem-estar) e os benefícios para*

*o hospital (impacto no excedente financeiro).* Mais uma vez, salienta-se o facto deste resultado não depender do fluxo financeiro A.

Em resumo, o efeito direto da passagem de um sistema de pagamento retrospectivo para um de pagamento prospetivo será o de redução da quantidade (e da qualidade) dos serviços de saúde prestados. No entanto, será de notar que o efeito indireto associado ao incentivo à redução dos custos de fornecimento do serviço (não explicitado no modelo acima) poderá mais que compensar o referido efeito direto. De facto, no segundo daqueles sistemas, o hospital suporta todos os custos marginais de uma unidade adicional de quantidade de serviço prestado, enquanto que, no primeiro, o hospital não internaliza qualquer efeito em termos de custos marginais.

Os resultados anteriores, no seu conjunto, sugerem que a introdução de um sistema de pagamento prospetivo conduzirá a uma melhor afectação de recursos que um sistema puro de pagamento retrospectivo, desde logo no que toca a eficiência do processo ao nível hospitalar, mas também no que diz respeito à eficiência em termos sociais. De facto, o resultado no sistema de pagamento prospetivo será também eficiente do ponto de vista social, isto é, os custos marginais igualarão os benefícios marginais, desde que o médico, enquanto decisor crucial neste processo, atribua igual importância aos interesses do doente e do hospital. Com pagamento retrospectivo, nunca se alcança um resultado coincidente com o óptimo social.

Em todo o caso, convém salientar que, na prática, poderá tender a ocorrer  $\mu \neq 1$ . Em particular, pode argumentar-se que o caso de  $\mu > 1$  será o mais provável, dado que a possibilidade do médico beneficiar, ainda que de modo indirecto, do excedente financeiro do hospital levá-lo-á a atribuir maior importância relativa aos interesses deste último (Barros, 2009). Resulta, então, das equações (3) e (5) que teremos  $q_S > q_P$ , ou seja, *um sistema puro de pagamento prospetivo gerará uma subprovisão (do ponto de vista social) de serviços hospitalares.*

Como já enfatizado, os resultados anteriores respeitantes ao sistema de pagamento prospetivo não dependem do modo como se define o fluxo financeiro A. No entanto, existe uma outra característica associada a este tipo de sistema onde o papel de A é relevante. Como notado por Barros (2009), no contexto dos pagamentos prospetivos, surge a *possibilidade de se gerarem excedentes financeiros positivos para o hospital e, em simultâneo, se obter uma menor transferência financeira para o hospital por*

comparação com o pagamento retrospectivo. Para que tal ocorra, e tendo em conta que  $dC/dq > 0$  e que inequivocamente  $q_P < q_R$ , como se viu acima, será apenas necessário que se fixe  $A$  de modo a que:

$$C(q_P) < A < C(q_R). \quad (6)$$

Note-se que, se  $A < C(q_R)$ , a transferência para o hospital será menor do que no caso de pagamento retrospectivo e, se  $A > C(q_P)$ , o hospital obterá um excedente financeiro.

Este resultado transporta para um aspeto operacional relacionado, já aludido acima, que diz respeito à forma de determinação da transferência fixa  $A$ , considerando-se, designadamente, as abordagens de apuramento *backward-looking* ou apuramento *forward-looking*. A escolha da abordagem concreta deverá depender do posicionamento atual do hospital em causa face tanto ao seu próprio desempenho histórico como, por exemplo, às melhores práticas internacionais, de modo a que a condição (6) seja satisfeita.

A análise anterior focalizou-se nos sistemas de pagamento na sua forma pura. Contudo, podem conceber-se sistemas mistos, que combinem, de algum modo, a componente retrospectiva com a prospetiva (por exemplo, Laffont e Tirole, 1986), nomeadamente com o objetivo de alcançar mais facilmente a solução socialmente eficiente. É possível mostrar, recorrendo ao modelo analítico anterior, que as condições subjacentes à obtenção da quantidade de serviços hospitalares socialmente óptima são menos restritivas com um sistema misto que com um sistema puro de pagamento prospetivo (já se viu, no quadro do referido modelo, que no caso do sistema puro de pagamento retrospectivo existe sempre sobreprovisão face ao óptimo social). Assim, mesmo que  $\mu > 1$ , poderá obter-se a quantidade socialmente óptima desde que a maior ponderação atribuída pelo médico aos interesses do hospital, incentivadora *de per se* de uma subprovisão de serviços, seja devidamente contrariada por uma componente de pagamento retrospectivo. Verifica-se, de modo idêntico, uma redução do incentivo à selecção de tipos de doentes na passagem de um sistema de pagamento prospetivo para um sistema misto.

Quanto às formas de pagamento aos hospitais, distinguem-se habitualmente os seguintes casos.

A) Formas ligadas às diferentes “unidades de medida do serviço hospitalar”



- Por serviço prestado (ato)
- Por dia de internamento
- Por caso clínico (episódio clínico ou doente tratado)

**B) Outras formas**

- Por orçamento
- Por capitação

Estas formas de pagamento podem ser relacionadas, em abstrato, com ambos os sistemas de pagamento supra identificados. Por exemplo, os resultados do modelo analisado em cima poderiam aplicar-se a pagamentos – retrospectivos ou prospectivos – considerados por ato médico, por dia de internamento, por caso clínico. Porém, na prática, as formas identificadas em A) tendem a estar mais associadas aos pagamentos retrospectivos ou por reembolso, dado estarem mais próximas das unidades elementares de apuramento de custos na atividade hospitalar, e as formas em B) mais associadas aos pagamentos prospectivos, pela razão oposta.

De referir que todas as formas de pagamento aos hospitais têm as suas particularidades, revelando diferentes incentivos aos hospitais e, como tal, surtindo distintos resultados. É de notar que, para lá de outros fatores, à medida que se caminha das modalidades de A) para as modalidades de B), há um ónus crescente que recai sobre o hospital ao deparar-se com um grau de incerteza superior relativamente à remuneração que vai auferir.

**Tabela A.1. Modalidades de pagamento aos hospitais**

País	Modalidade de pagamento
Bélgica	Pagamento por caso (45%) + Pagamento por procedimento (41%) + pagamento para medicamentos (15%)
República Checa	Orçamentos globais prospectivos (75%) + por caso (15%)
Dinamarca	Orçamento global prospetivo (80%) + pagamento por caso/GDH (20%)
Alemanha	Pagamento por caso/GDH
Estónia	Pagamento por GDH (70%) + pagamento por FFS (30%)
Irlanda	Orçamentos globais prospectivos (60%)+ pagamento por caso /GDH (20%) + per diem (20%)
Grécia	Per diem e pagamento de custos retrospectivo
Espanha	Orçamento por linha de atividade
França	Pagamento por caso/GDH
Itália	Pagamento por caso/GDH
Lituânia	Pagamento por caso/GDH
Luxemburgo	Orçamento global prospetivo
Hungria	Pagamento por caso /GDH

Malta	Orçamento global prospetivo
Países Baixos	Orçamento global ajustado (80%) + pagamento por caso/GDH (20%)
Áustria	Pagamento por caso /GDH/ Reembolso de custos retrospectivo
Polónia	Pagamento por procedimento/serviço
Portugal	Orçamento global prospetivo + pagamento por caso (GDH)
Eslovénia	Pagamento por caso/GDH (66%) + orçamento global prospetivo (12%) + por serviço/linha de atividade (22%)
Eslováquia	Pagamento por caso/GDH
Finlândia	Pagamento por caso/GDH
Suécia	Pagamento por caso /GDH (55%) + orçamento global
Reino Unido	Pagamento por caso/GDH (70%) + orçamento global (30%)

Fonte: Paris et al. (2010).

Nota: GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo – agrupamentos de doentes internados em hospitais de agudos em classes clinicamente coerentes e homogéneas do ponto de vista dos recursos (Bentes, 1996); Per diem (Pagamento por diária de internamento) - o prestador é remunerado com base nos dias de internamento do doente; orçamento global - o prestador recebe uma quantia global e limitada por um período de tempo que terá de cobrir as despesas hospitalares.

Na Tabela A1, espelham-se os diferentes sistemas e formas de pagamento existentes num conjunto alargado de países da União Europeia, sendo de notar que os métodos de pagamento aos hospitais têm-se alterado consideravelmente nas últimas décadas, com uma tendência notória para a passagem de sistemas retrospectivos abertos no fim para o estabelecimento de orçamentos prospetivos (Barros *et al.*, 2002).

## Caso do pagamento aos médicos

**Tabela A.2. Modalidades predominantes de pagamento aos médicos**

País	Pagamento aos médicos dos cuidados de saúde primários
Bélgica	FFS
República Checa	FFS + Capitação
Dinamarca	FFS + Capitação
Alemanha	FFS + Capitação
Estónia	Capitação/FFS/combinação de mais alguns
Irlanda	Capitação
Grécia	Salário
Espanha	Salário/Capitação
França	FFS
Itália	Capitação
Letónia	Sistema misto
Lituânia	Capitação/FFS/Bonus
Luxemburgo	FFS

Hungria	Capitação
Malta	SNS: Salário/ Privado: FFS
Países Baixos	FFS/Capitação
Áustria	FFS/Capitação
Polónia	Capitação
Portugal	Salário
Roménia	Capitação/FFS
Eslovénia	Salário
Eslováquia	Capitação
Finlândia	Salário/Capitação/FFS
Suécia	Salário
Reino Unido	Salário/Capitação/FFS

Fonte: Adaptado de Paris *et al.* (2010)

Nota: FFS – *Fee-for-service*

# Apêndice B

## Uma breve visão do sistema de saúde português

O presente apêndice visa apresentar os principais marcos históricos do sistema de saúde português e a forma como o mesmo está estruturado para melhor se compreender os desafios relativos à sustentabilidade. Porém, é inevitável fazer a ressalva que a descrição que se segue é necessariamente sumária, deixando escapar muitos dos pormenores que preenchem o percurso já trilhado pela prestação de cuidados de saúde no nosso país. Para tal recorreu-se, essencialmente, a Barros *et al.* (2011), Campos (2008), Tribunal de Contas (2007) e à informação disponível na página web do Ministério da Saúde.<sup>37</sup>

Ao longo do tempo, a organização dos serviços de saúde em Portugal sofreu alterações significativas, reflectindo influências religiosas, políticas e sociais de cada época.

Sendo a criação formal do SNS um aspeto fulcral na história do sistema de saúde português, constituindo uma peça verdadeiramente fundamental para se perceber muito do que veio a acontecer ao longo das últimas três décadas, seria imprudente negligenciar importantes marcos de um passado mais recuado, que, de algum modo, sinalizaram vontade de mudança no sentido da promoção da saúde dos portugueses.

Durante vários séculos, a prestação de cuidados de saúde esteve vincadamente entregue à esfera privada, nela se destacando o papel desempenhado pelas Misericórdias, coadjuvado pela assistência levada a cabo pelas próprias famílias.

Os primeiros passos no sentido da organização dos serviços de saúde pública foram, porém, dados somente no início do século XX, com a denominada reforma de Ricardo Jorge, que deu origem à publicação do “Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública” em 1901. Até essa data, a responsabilidade do Estado limitava-se à assistência dos mais pobres, num país com carências evidentes em matéria de cuidados de saúde.

Em 1945, é desencadeada a reforma sanitária de Trigo de Negreiros, sendo criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materno-infantil.

---

<sup>37</sup> Ver: [www.saude.pt](http://www.saude.pt).

A criação de uma base para uma rede hospitalar ocorre no ano seguinte, a par da criação das denominadas Caixas de Previdência. Num primeiro momento, a cobertura do sistema de seguro social obrigatório era limitada aos trabalhadores industriais, sendo feitas posteriormente extensões ao sistema, acrescentando-se trabalhadores de outros sectores e respectivos dependentes. Estruturava-se, desse modo, o sistema de saúde à luz do modelo *bismarkiano*.

Nas décadas de 50 e de 60, salientam-se iniciativas como a criação do Ministério da Saúde e da Assistência, em 1958, a definição das bases da política de saúde e assistência, em 1963, na qual se enquadra a criação da agora denominada ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado) e a criação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais em 1968, uniformizando e regulamentando os hospitais e as carreiras da saúde.

Não obstante o espírito que presidiu às iniciativas acabadas de enunciar, foi somente na década de 70 do século passado que se assistiu a uma profunda alteração na estruturação do sistema de saúde português. Com efeito, em 1971 surge a denominada “reforma de Gonçalves Ferreira”, que se traduziu no primeiro esboço de um SNS. Em causa estava o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução. Passar-se-ia, portanto, para um sistema de saúde inspirado no modelo de *Beveridge*. Surgem, nessa altura, os “centros de saúde de primeira geração”. Ainda em 1971, é estabelecido o regime legal que permite a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência. Em 1973, é constituído o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência.

Mas a reunião das condições políticas e sociais necessárias para a edificação de um SNS só ocorreu verdadeiramente após a revolução de 25 de abril de 1974. Assim, em 1976, o direito à protecção da Saúde é consagrado na Constituição Portuguesa no artigo n.º 64º, que estabelece a “*criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*” e afeta ao Estado a obrigação de “*orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos*”.

Em 1978, através do chamado “Despacho Arnaut”, dá-se mais um passo no sentido de reforçar o que já se encontrava previsto na Constituição, abrindo-se o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva.

Em 1979 criou-se formalmente o SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. O diploma define que o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define também que o acesso é gratuito, contemplando, no entanto, a possibilidade de criação de taxas moderadoras. Estabelece ainda que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

No decorrer da década de 80, as questões de eficiência começaram a suscitar preocupação por parte de dirigentes políticos e investigadores, que apontavam como negativa a dimensão excessiva do montante das transferências para o setor privado, através das convenções com prestadores privados e das comparticipações do SNS nos custos dos medicamentos prescritos em ambulatório. É também nesta década que se iniciou o debate sobre a reforma do sistema de saúde, com um forte setor de opinião a defender um papel mais activo do setor privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS. São ainda criados os “centros de saúde de segunda geração”, na sequência da criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral, integrando os primeiros centros de saúde com os serviços médico-sociais (vulgarmente designados por “caixas”).

Do ponto de vista da produção legislativa, merece, naturalmente, destaque a Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro), traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento do Estado. Enfatiza-se, portanto, a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, dando origem, designadamente, à criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e ao surgimento de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração. Adicionalmente, com a segunda revisão constitucional, em 1989, a alínea a) do n.º 2 do artigo n.º 64º passa a ter uma outra redação: “*serviço*

*nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".*

Na década de 90, são publicadas duas peças legislativas determinantes para a evolução do SNS: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e novo Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro). No primeiro caso, a proteção da saúde é, pela primeira vez, vista não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. No segundo caso, procurava-se superar a dicotomia entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados. A estas peças legislativas, juntam-se outras, nomeadamente o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de abril que estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções.

Depois de várias iniciativas que visaram o arranque efectivo do SNS, seguiu-se um período em que se pretendeu estruturá-lo de forma efetiva, tal como espelham os dois primeiros diplomas legais acima referidos.

À fase de estruturação, segue-se uma outra, rica em iniciativas que indiciam uma análise estratégica em torno do SNS, nomeadamente na procura de ganhos de eficiência e concomitantes reduções de despesa. Neste âmbito destacam-se: (i) a criação, em 1995, do Concelho de Reflexão sobre Saúde; (ii) o estabelecimento do Regime de Sistemas Locais de Saúde em 1999, materializados num conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, visando facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, promovessem a saúde e a racionalização da utilização dos recursos (a Unidade Local de Saúde – ULS - de Matosinhos foi a iniciativa pioneira neste domínio); (iii) a criação dos centros de saúde de terceira geração (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio) assentes na orientação para os utentes e para a comunidade e constituídos por pequenas unidades profissionais; (iv) a criação de Centros de Responsabilidade Integrados (Decreto-Lei n.º 374/99 , de 18 de setembro), consistindo em estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins, visando a desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos, de modo a introduzir a componente empresarial na sua gestão); (v) o estabelecimento de Centros Hospitalares ( Decreto-Lei n.º

284/99, de 26 de julho), definindo-os como “pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica.”;e (vi) a ocorrência de experiências mais flexíveis de gestão em hospitais públicos (Hospitais de São Sebastião, de Matosinhos e do Barlavento).

Foi, portanto, apenas a partir da segunda metade da década de 90 que se começou a delinear um caminho estratégico para a Saúde, tendo desse esforço culminado, em 1999, o primeiro documento oficial formal dedicado à estratégia nacional de saúde, com objectivos e metas quantificadas: “Saúde. Um compromisso - A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)”. Este documento esteve na base do Plano Nacional de Saúde 2004-2005, que se centrou num diagnóstico estratégico ao setor da saúde em Portugal, quer do ponto de vista do estado de saúde dos cidadãos quer do funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, de modo a definir orientações estratégicas, objetivos e metas, que, congregando preocupações de todos os atores que intervêm no setor, exprimissem uma vontade nacional, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Para além deste documento norteador da política de Saúde em Portugal, foram tomadas, ao longo da primeira década do presente século, várias medidas que pretendiam consubstanciar uma verdadeira reforma, reflectindo a estratégia previamente delineada. Está nesse caso, e desde logo, a aprovação do novo Regime de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), prevendo a existência de: (i) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial – Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA); (ii) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial - Hospitais EPE; (iii) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos - Hospitais SA; (iv) Estabelecimentos privados com quem sejam celebrados contratos; (v) Instituições e serviços do SNS, geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção de profissionais de saúde. Na prática, este novo Regime de Gestão Hospitalar reflectiu-se rapidamente numa massiva criação de Hospitais SA e na sua posterior transformação em hospitais EPE, tendo como intuito mitigar ineficiências que existiam nos hospitais do SPA (embora estudos empíricos posteriores não tenham confirmado tal desiderato). Verificou-se, portanto, um



movimento no sentido de uma crescente influência da lógica privada no meio hospitalar.

É também de realçar o arranque efetivo que se operou na reforma dos cuidados de saúde primários, materializada em diversas iniciativas: (i) Criação do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; (ii) Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários; (iii) Criação de Unidades de Saúde Familiar; (iv) Acção fundamental das Equipas Regionais de Apoio; (v) Reinício e Aperfeiçoamento da Contratualização; (vi) Adaptação da Legislação para as Unidades de Saúde Familiar; (vii) Aprofundamento do Regime Remuneratório Experimental e Estabelecimento de Incentivos Institucionais; (viii) Aposta nos Sistemas de Informação de Saúde; (ix) Criação e Implementação de Agrupamentos de Centros de Saúde; (x) Criação de Novas Unidades Locais de Saúde.

De extrema relevância, reveste-se também a criação da Rede de Cuidados Continuados (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho), visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Entre outras medidas, as iniciativas na esfera dos cuidados de saúde primários e, mais recentemente, dos cuidados continuados visaram aumentar a cobertura dos cuidados de saúde num país que partia de níveis baixos nesta matéria.

Com o aproximar do final da primeira década do século XXI era possível, num exercício de avaliação das principais alterações delineadas no âmbito da Política de Saúde, identificar três reformas encetadas (mas não esgotadas) naqueles dez anos, objeto de intensa mediatização e de ausência de consenso relativamente a alguns dos seus contornos.

Assim, ao nível da Política do Medicamento foram sendo tomadas várias medidas, designadamente a obrigatoriedade de prescrição de medicamentos utilizando a denominação comum internacional, a definição das condições em que as marcas prescritas pudessem ser substituídas por genéricos e a promoção destes, a introdução de preços referência, novas regras de funcionamento das farmácias, a possibilidade de venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) noutros locais que não farmácias, entre outros.

De igual modo, o debate em torno da definição do verdadeiro papel das taxas moderadoras e, concomitantemente, da sua abrangência foi bastante acessório, debate que, de resto, se estende ao presente momento.

Por fim, as tentativas de otimização dos equipamentos existentes, nomeadamente no que se refere à requalificação das salas de parto, à concentração de urgências numa rede ordenada e a gradual substituição de serviços noturnos de atendimento permanente (SAP) por unidades de saúde familiares ou por urgências básicas suscitaram também desagrado e incompreensão por uma parte da população. Aliás, estes domínios constituíram três reformas controversas que marcaram a primeira década do século XXI (Campos, 2008).

Finalmente, chegados à segunda década do corrente século, o setor da Saúde é confrontado com um conjunto de medidas de austeridade, primeiramente da inteira responsabilidade do Governo na sua conceção, fruto do contexto económico notoriamente adverso que se vivia e, em especial, da evolução desfavorável das contas públicas portuguesas e, em momento posterior, resultado do Memorando de Entendimento firmado, em 2011, entre o Governo português e a comissão tripartida formada pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, documento que surgiu num momento especialmente difícil para a economia portuguesa. As medidas ou as orientações de política emanadas do referido Memorando de Entendimento tiveram eco no Programa de Governo do XIX Governo Constitucional e, mais tarde, no Orçamento do Estado para 2012.

No quadro acabado de traçar, são de destacar os objetivos para o setor na saúde plasmados no Memorando de Entendimento de “melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos; gerar poupanças adicionais na área da farmácia para reduzir os gastos públicos com medicamentos, para 1,25% do PIB no final de 2012 e cerca de 1% do PIB em 2013 (em conformidade com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.”. Nesta linha (e convergindo para algumas das medidas de contenção da despesa em saúde plasmadas na Secção 3 do Capítulo 1), no Programa do XIX Governo Constitucional, constaram as propostas detalhadas na Caixa 1.

### **Propostas constantes do Programa do XIX Governo Constitucional**

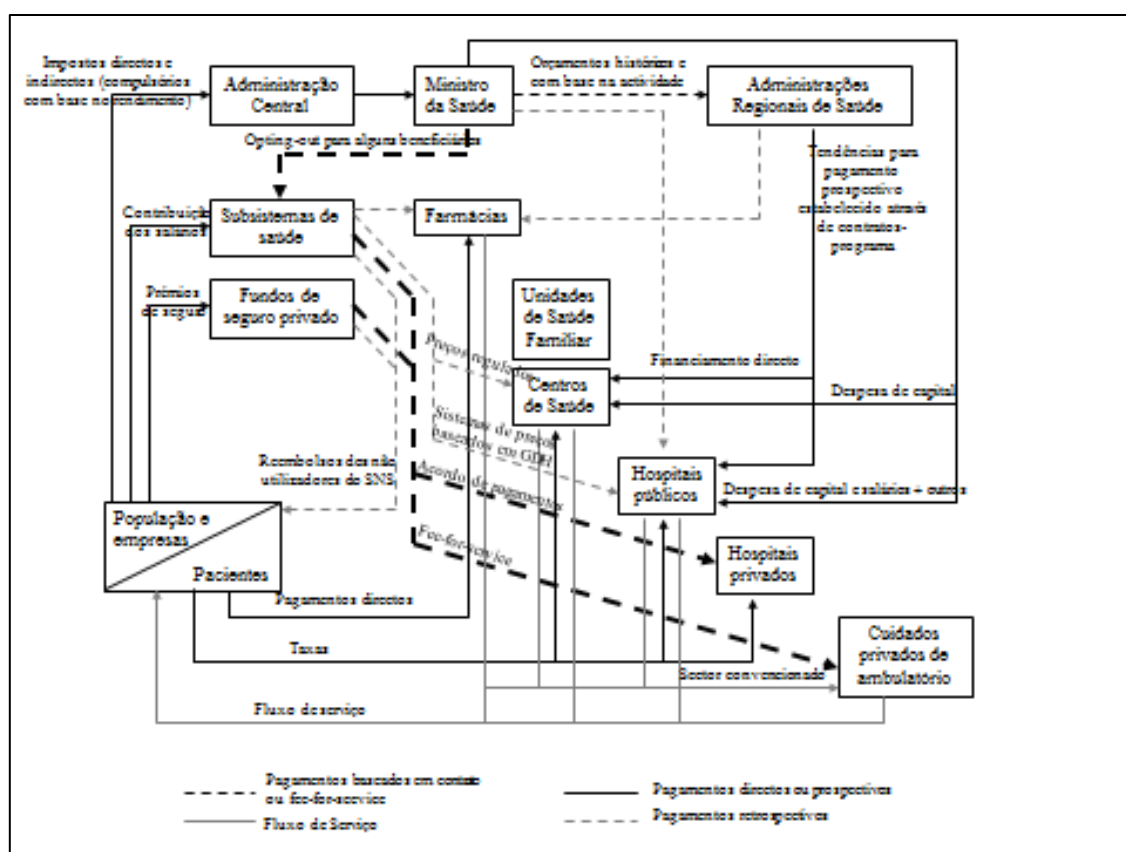
- a) “Reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equidade territorial e uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, incluindo concentração de serviços, potenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabilização das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado”;
- b) “Intensificar programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença mediante iniciativas de base intersectorial, designadamente com a Educação, Segurança Social, Ambiente e Autarquias, com maior proximidade à população”;
- c) “Melhorar os mecanismos de contratualização no âmbito da Rede de Cuidados de Saúde Primários, assegurando a avaliação de desempenho dos diversos prestadores e a transparência na divulgação dos resultados”;
- d) “Atualizar o modelo de financiamento hospitalar garantindo que os respectivos grupos de financiamento e correspondentes preços permitam maior eficiência”;
- e) “Promover uma melhor articulação entre os sectores público, privado e social, através do prosseguimento da aposta no desenvolvimento das tecnologias de informação na saúde”;
- f) “Avaliar oportunidades da concessão da gestão de hospitais a operadores dos sectores privado e social sempre que se revele mais eficiente, não alterando a natureza pública e tendencialmente gratuita dos serviços prestados, mantendo intacta a capacidade de acesso universal aos cuidados de saúde por parte da população”;
- g) “Sensibilizar os cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados de saúde através da disponibilização da informação sobre o custo suportado pelo Estado em cada ato prestado”;
- h) “Rever a política de taxas moderadoras, nos termos do Memorando de Entendimento, por forma a garantir que apenas se isenta quem realmente necessita dessa isenção e actualizar o seu valor promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema”;
- i) “Envolver as entidades do setor na necessária avaliação e clarificação da arquitectura organizativa do sistema, ou seja, na definição das funções das diferentes entidades, na avaliação da dotação e das capacidades existentes nos vários intervenientes por forma a permitir que estes assegurem uma gestão mais eficaz do sistema”;
- j) “Melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde”, através da “generalização da prescrição electrónica de medicamentos e o seu alargamento progressivo a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, evitando o erro, a duplicação de exames, a fraude e a proliferação de custos desnecessários”, da “desmaterialização crescente de todos os processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados, promovendo a eficácia e a rapidez de resposta”, do “desenvolvimento do Registo de Saúde Electrónico (RSE), ligando diferentes tipologias de unidades prestadoras de cuidados” e da disponibilização de “informação pública mensal sobre o desempenho das instituições (hospitais, centros de saúde e serviços)”.

Independentemente da razoabilidade das medidas preconizadas, elas suscitam inevitavelmente uma reflexão em torno do percurso já feito pelo sistema de saúde português e dos percursos alternativos que o nortearão no futuro.

A evolução histórica acabada de tecer teve, naturalmente, repercussões na estrutura do sistema de saúde português. Nesse sentido, cabe explicitar a sua organização e o papel dos vários órgãos que contribuem para a prossecução da política de saúde.

Com efeito, o sistema de saúde português é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da Saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades (Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de agosto). Apesar de a pedra basilar do Sistema de Saúde português residir no SNS, a par dele, existem subsistemas de saúde, que consistem em esquemas de protecção na saúde para determinados grupos profissionais, sendo financiados por contribuições de empregadores e empregados, em função do nível de rendimento dos segundos, para além dos seguros de saúde privados voluntários. Atualmente, os pagamentos efetuados pelo SNS aos seus hospitais são, em geral, prospetivos, enquanto os pagamentos feitos pelos subsistemas e pelos seguros privados voluntários tendem a ter um carácter retrospectivo(ver Figura B.1.). Atendendo às fontes de financiamento, predominam os impostos, tal como esperado num sistema que se inspira no Modelo de *Beveridge*, mas a par deles coexistem não só as contribuições de empregadores e empregados, próprias dos subsistemas, e os prémios de seguro, como também os pagamentos diretos (que cobrem, designadamente despesas com medicamentos não comparticipadas, taxas moderadoras e consultas de determinadas especialidades médicas).

**Figura B.1. Retrato do sistema de saúde português**



Fonte: Adaptado de Barros *et al.* (2011).

A elevada importância do SNS explica que a maior parte da população portuguesa esteja por ele coberta. Estima-se que uma parcela de apenas aproximadamente 20% da população lusa esteja abrangida por subsistemas (INSA e INE, 2006), que reúnem cerca de 16 tipologias diferentes. Nestes subsistemas, há lugar a subsistemas públicos, sendo a ADSE<sup>38</sup> um exemplo sobejamente conhecido, a par de subsistemas privados, nos quais se destacam casos como os SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social dos bancários) e os planos de saúde da PT\_ACS (Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde S.A) e dos CTT (Correios de Portugal). Para além do papel indiscutivelmente relevante assumido pelo SNS, secundado pela função desempenhada pelos subsistemas, há também um papel cada vez mais importante e que é revestido pelos seguros privados, que, como já referido, para além do seu papel supletivo, tendem

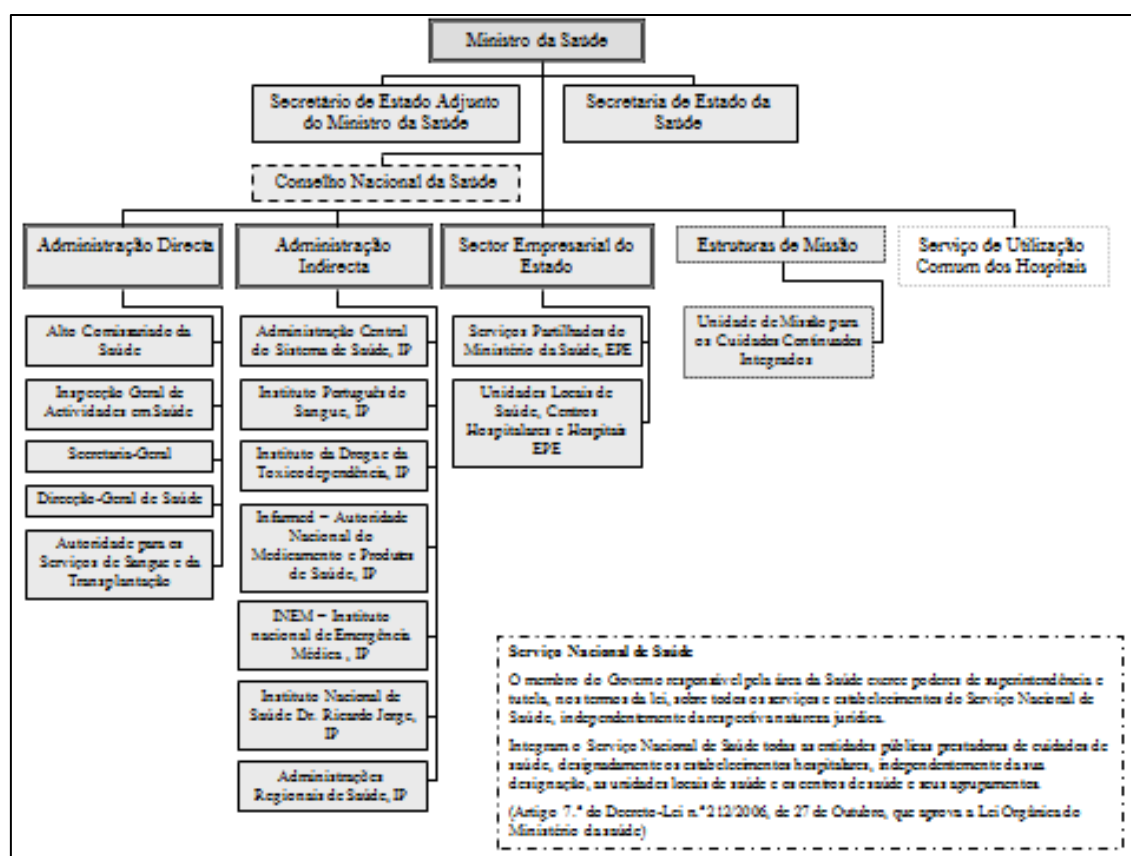
<sup>38</sup> A criação do SNS, em 1979, não veio a extinguir a ADSE, abrindo espaço para a existência de dupla cobertura.

também, na prática, a colmatar lacunas, que subsistem nas outras duas realidades, desempenhando, desse modo, uma função de complementaridade.

Do ponto de vista dos prestadores, o Sistema de Saúde Português é constituído por uma rede de prestadores públicos, privados e público/privados, sendo que o seu financiamento pode ser privado e/ou público. A título meramente ilustrativo podem referir-se os exemplos da dispensa de medicamentos em ambulatório como casos que, sendo de prestação privada, usufruem de financiamento do SNS (Tribunal de Contas, 2007). Em termos de organização do sistema de saúde português, é sob o chapéu do Ministério da Saúde que se desenrola a regulação, planeamento e gestão do SNS, bem como se efectua a regulação, auditoria e inspecções aos prestadores de cuidados de saúde, estejam ou não integrados no SNS (Barros *et al.*, 2011). O Ministério da Saúde é composto por várias entidades (ver Figura B.2), algumas sob a administração directa do governo, outras sob a sua administração indirecta, algumas com o estatuto de empresas públicas e, ainda, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e um conselho consultivo.

À luz do tema do presente trabalho, cabe destacar, essencialmente, o papel do poder central e também das Administrações Regionais de Saúde. Assim, em articulação com o Ministério da Saúde, cada uma das cinco administrações regionais de saúde é responsável pela implementação dos objectivos de política nacional de saúde e pela gestão da saúde das populações, bem como pela contratualização de serviços aos hospitais e prestadores privados para os pacientes do SNS (Barros *et al.*, 2011).

**Figura B.2. Estrutura do Ministério da Saúde**

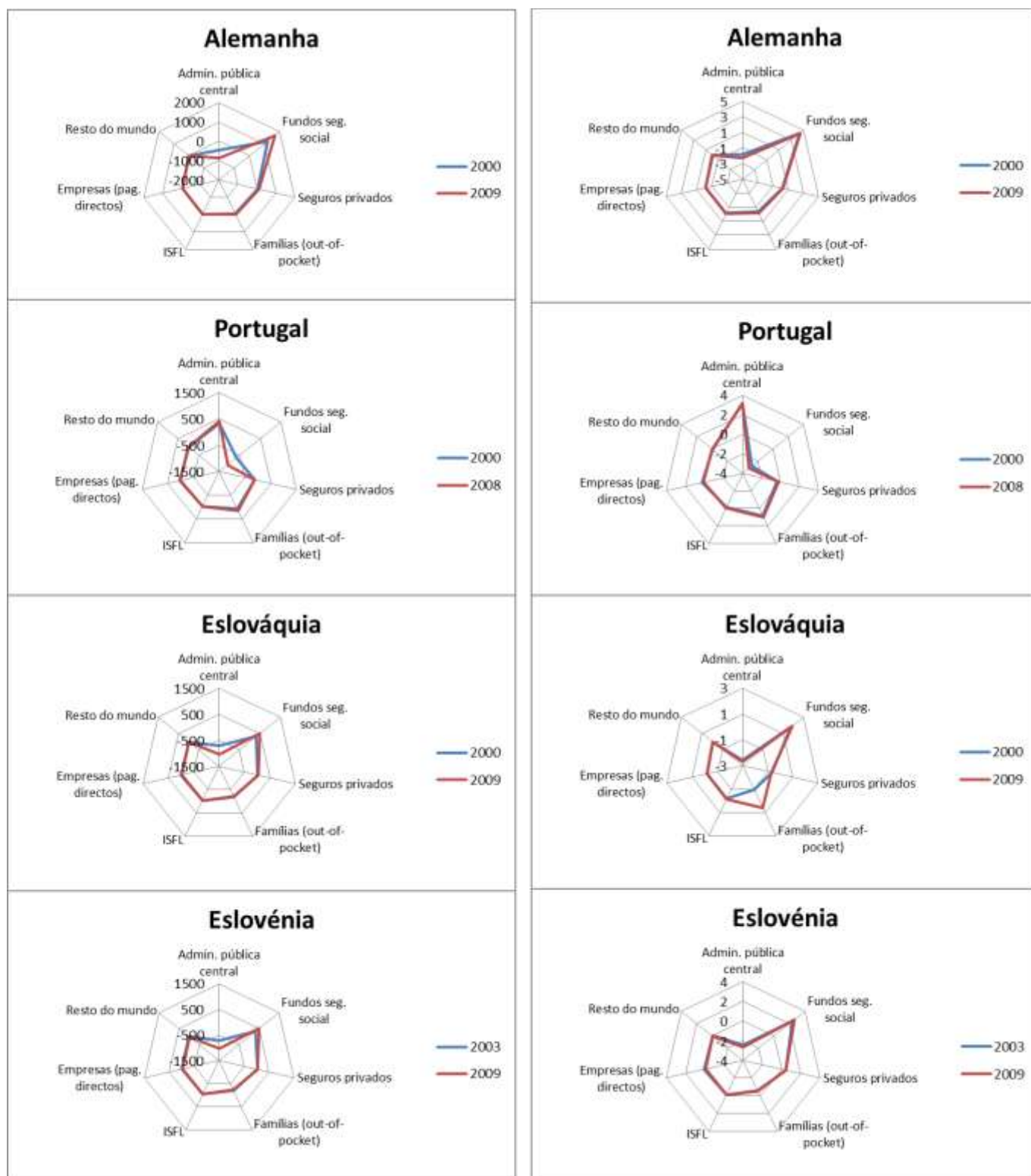


Fonte: Ministério da Saúde ([www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)).

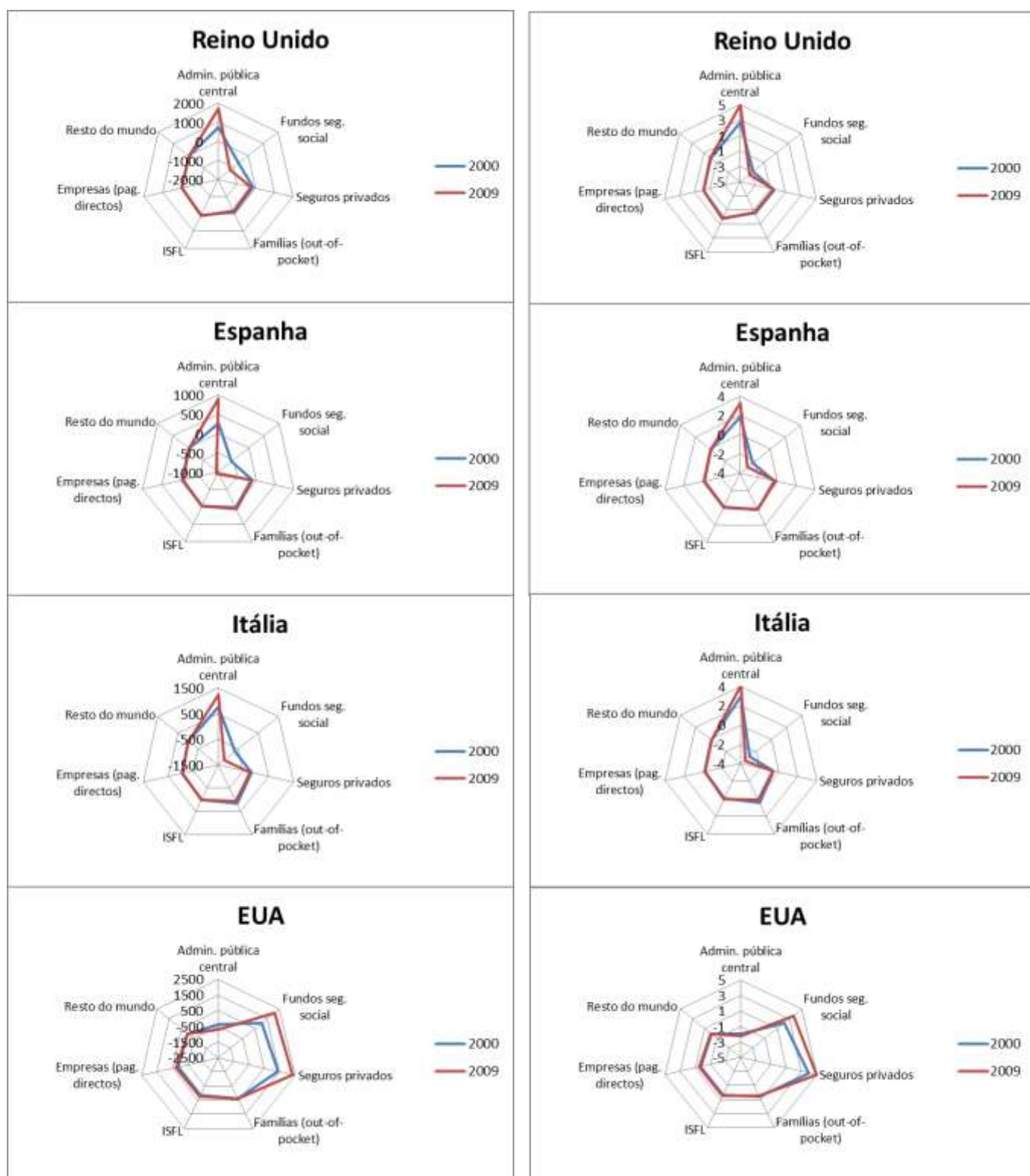
De destacar ainda o papel dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), EPE, que tem por atribuições a prestação de serviços partilhados específicos da área da saúde em matéria de compras e logística, de serviços financeiros, recursos humanos e de sistemas e tecnologias de informação e comunicação aos estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da sua natureza jurídica, bem como aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde e a quaisquer outras entidades, quando executem atividades específicas da área da saúde (Ministério da Saúde, [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)).

## Apêndice C

**Gráfico C.1. Desvios de despesa em saúde por agente financiador face à média da OCDE:** Despesa em saúde per capita (USD, PPC), nos painéis da esquerda e despesa em saúde em percentagem (%) do PIB, nos painéis da direita.







Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

**Tabela C.1. Repartição da despesa *per capita* em saúde por agente financiador**

		1990	2000	2009
Alemanha	Admin. pública central	15%	10%	9%
	Fundos seg. social	67%	70%	68%
	Seguros privados	7%	8%	9%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	10%	11%	13%
	ISFL	0%	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	1%	0%	0%
Portugal	Admin. pública central	-	65%	64%
	Fundos seg. social	-	1%	1%
	Seguros privados	-	3%	5%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	-	25%	27%
	ISFL	-	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	-	5%	2%
Eslováquia	Admin. pública central	3%	5%	7%
	Fundos seg. social	89%	84%	65%
	Seguros privados	0%	0%	0%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	8%	11%	28%
	ISFL	0%	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%
Eslovénia	Admin. pública central	-	5%	7%
	Fundos seg. social	-	67%	66%
	Seguros privados	-	13%	12%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	-	12%	13%
	ISFL	-	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	-	3%	1%
Reino Unido	Admin. pública central	84%	79%	84%
	Fundos seg. social	0%	0%	0%
	Seguros privados	3%	2%	1%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	11%	13%	10%
	ISFL	2%	5%	4%
	Empresas (pag. directos)	1%	0%	1%
Espanha	Admin. pública central	56%	65%	69%
	Fundos seg. social	22%	7%	5%
	Seguros privados	3%	4%	5%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	19%	24%	20%
	ISFL	1%	1%	1%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%
Itália	Admin. pública central	79%	72%	78%
	Fundos seg. social	0%	0%	0%
	Seguros privados	1%	1%	1%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	17%	25%	20%
	ISFL	3%	2%	1%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%
EUA	Admin. pública central	8%	7%	6%
	Fundos seg. social	31%	36%	41%
	Seguros privados	33%	34%	33%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	20%	15%	12%
	ISFL	4%	4%	3%
	Empresas (pag. directos)	4%	4%	4%

média OCDE	Admin. pública central	44%	36%	36%
	Fundos seg. social	26%	32%	36%
	Seguros privados	8%	9%	8%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	15%	17%	17%
	ISFL	3%	2%	1%
	Empresas (pag. directos)	4%	2%	2%
	Resto do mundo	0%	1%	1%

Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

No caso da Alemanha, considerou-se o ano de 1992 ao invés de 1990; no caso de Portugal, considerou-se 2008 em vez de 2009; no caso da Eslovénia, considerou-se 2003 ao invés de 2000 e no caso de Espanha considerou-se 1991 em vez de 1990, de modo a ter em conta a disponibilidade de dados em cada um destes países.

**Tabela C.2. Repartição da despesa total em saúde em percentagem do PIB por agente financiador**

		1990	2000	2009
Alemanha	Admin. pública central	15%	10%	9%
	Fundos seg. social	67%	70%	68%
	Seguros privados	7%	8%	9%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	10%	11%	13%
	ISFL	0%	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	1%	0%	0%
Portugal	Admin. pública central	-	65%	64%
	Fundos seg. social	-	1%	1%
	Seguros privados	-	3%	5%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	-	25%	27%
	ISFL	-	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	-	5%	2%
Eslováquia	Admin. pública central	3%	5%	7%
	Fundos seg. social	89%	84%	65%
	Seguros privados	0%	0%	0%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	8%	11%	28%
	ISFL	0%	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%
Eslovénia	Admin. pública central	-	5%	7%
	Fundos seg. social	-	67%	66%
	Seguros privados	-	13%	12%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	-	12%	13%
	ISFL	-	0%	0%
	Empresas (pag. directos)	-	3%	1%
Reino Unido	Admin. pública central	84%	79%	84%
	Fundos seg. social	0%	0%	0%
	Seguros privados	3%	2%	1%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	11%	13%	10%
	ISFL	2%	5%	4%
	Empresas (pag. directos)	1%	0%	1%
Espanha	Admin. pública central	56%	65%	69%
	Fundos seg. social	22%	7%	5%
	Seguros privados	3%	4%	5%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	19%	24%	20%
	ISFL	1%	1%	1%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%

Itália	Admin. pública central	79%	72%	78%
	Fundos seg. social	0%	0%	0%
	Seguros privados	1%	1%	1%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	17%	25%	20%
	ISFL	3%	2%	1%
	Empresas (pag. directos)	0%	0%	0%
EUA	Admin. pública central	8%	7%	6%
	Fundos seg. social	31%	36%	41%
	Seguros privados	33%	34%	33%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	20%	15%	12%
	ISFL	4%	4%	3%
	Empresas (pag. directos)	4%	4%	4%
média OCDE	Admin. pública central	46%	34%	34%
	Fundos seg. social	25%	34%	36%
	Seguros privados	8%	8%	8%
	Famílias ( <i>out-of-pocket</i> )	16%	18%	18%
	ISFL	2%	2%	1%
	Empresas (pag. directos)	4%	2%	2%
	Resto do mundo	0%	1%	1%

Fonte: elaboração própria a partir de dados da base de dados *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

No caso da Alemanha, considerou-se o ano de 1992 ao invés de 1990; no caso de Portugal, considerou-se 2008 em vez de 2009; no caso da Eslovénia, considerou-se 2003 ao invés de 2000 e no caso de Espanha considerou-se 1991 em vez de 1990, de modo a ter em conta a disponibilidade de dados em cada um destes países.

# Apêndice D

## Dados históricos de apoio à elaboração dos cenários (Capítulo 3)

**Tabela D.1. Despesa em saúde (moeda nacional)**

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Despesa em saúde total	Alemanha	212,838	220,786	228,661	234,486	234,256	240,36	245,997	254,23	264,391	278,405
	Itália	96,0398	102,5472	107,9929	111,446	120,421	127,795	133,934	134,248	140,054	141,605
	Portugal	11,83579	12,45411	13,06543	13,96505	15,00413	15,9719	16,13802	16,92202	17,57474	18,22419
	Eslováquia	1,7144	1,86503	2,07196	2,36301	3,25658	3,474112	4,041342	4,765605	5,361314	5,74694
	Eslovénia	1,5343	1,77937	1,99939	2,177005	2,265314	2,398163	2,568681	2,708492	3,097763	3,279632
	Espanha	45,44625	49,27145	52,8742	63,99437	69,0378	75,30659	82,25468	89,33865	97,4636	100,2308
	Reino Unido	68,69833	74,17021	81,44008	88,613	96,18454	103,4395	112,4368	119,1837	125,5851	136,6283
	EUA	1351,72	1465,606	1604,4	1739,434	1861,537	1988,825	2121,022	2255,165	2360,561	2450,164
Despesa pública em saúde	Alemanha	169,292	175,124	180,755	184,031	179,829	184,223	188,074	194,336	202,422	214,151
	Itália	69,639	76,55	80,455	83,017	91,472	97,379	102,571	102,771	110,557	112,715
	Portugal	7,87987	8,34207	8,95668	9,59294	10,21528	10,85476	10,81249	11,28291	11,4768	12,12408
	Eslováquia	1,53243	1,66521	1,84538	2,087	2,40247	2,584586	2,761199	3,185738	3,633085	3,775221
	Eslovénia	1,13554	1,30414	1,46701	1,559028	1,656108	1,742642	1,856342	1,944715	2,288642	2,399181
	Espanha	32,55019	35,07949	37,69488	44,95715	48,60304	53,14455	58,65146	63,85724	70,76566	73,79989
	Reino Unido	54,14717	58,9889	64,8053	70,72438	78,0788	84,49895	91,37779	96,7812	103,6025	113,9765
	EUA	581,3117	644,9505	704,4067	761,1873	820,5952	879,3905	954,8667	1019,094	1085,143	1159,208
Despesa privada de saúde	Alemanha	43,546	45,662	47,906	50,455	54,427	56,137	57,923	59,894	61,969	64,254
	Itália	26,4008	25,9972	27,5379	28,429	28,949	30,416	31,363	31,477	29,497	28,89
	Portugal	3,95592	4,11204	4,10875	4,37211	4,78885	5,11714	5,32553	5,63911	6,09794	6,10011
	Eslováquia	0,18197	0,19982	0,22658	0,27601	0,85411	0,889526	1,280143	1,579867	1,728229	1,971719
	Eslovénia	0,39876	0,47523	0,53238	0,617977	0,609206	0,655521	0,712339	0,763777	0,809121	0,880451
	Espanha	12,89606	14,19196	15,17932	19,03722	20,43476	22,16204	23,60322	25,48141	26,69794	26,43094
	Reino Unido	14,55116	15,18131	16,63478	17,88862	18,10574	18,94055	21,059	22,40247	21,98262	22,65172
	EUA	770,408	820,6556	899,9936	978,2464	1040,942	1109,434	1166,155	1236,071	1275,417	1290,956
Despesa out-of-pocket famílias	Alemanha	23491	24750	25944	28264	31502	32317	33628	34588	35165	36432
	Itália	2945	3106	3126	3363	3660	3956	4197	4465	4696	..
	Portugal	182	200	227	276	625	784	1049	1250	1353	1468
	Eslováquia	..	..	..	259	266	303	302	359	391	424
	Eslovénia	9208	9976	10778	11335	11881	12183	13502	14130	14209	14259
	Espanha	23530	22712	24182	24947	25517	26157	26620	26994	27868	28301
	Reino Unido	10715	11792	12539	14716	15778	16911	17556	18590	20074	20124
	EUA	202117	209459	222826	237102	248819	263801	272116	289372	298227	299345

Fonte: OECD, base de dados on-line *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

Unidade: mil milhões de moeda nacional (milhares para despesa *out-of-pocket*).

**Tabela D.2. Despesa em saúde (mil milhões USD PPC, 2005)**

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Despesa total em saúde	Alemanha	220,149	230,993	242,773	255,477	261,279	277,272	293,796	306,224	325,745	346,048
	Itália	117,551	126,915	127,738	130,475	137,974	147,459	160,732	164,408	177,539	180,863
	Portugal	16,919	17,643	18,451	19,773	20,952	23,339	24,389	25,658	27,071	28,674
	Eslováquia	3,262	3,574	3,926	4,257	5,687	6,138	7,282	8,737	10,065	11,196
	Eslovênia	2,886	3,147	3,398	3,539	3,709	3,921	4,227	4,306	4,883	5,148
	Espanha	61,918	66,579	72,095	84,975	90,935	98,451	111,832	122,699	135,342	141,232
	Reino Unido	108,035	118,310	129,759	138,222	152,068	162,596	179,442	184,768	192,958	208,864
	EUA	1351,720	1465,606	1604,400	1739,434	1861,537	1988,825	2121,022	2255,165	2360,561	2450,164
Despesa pública em saúde	Alemanha	175,107	183,220	191,910	200,506	200,573	212,514	224,618	234,081	249,395	266,182
	Itália	85,237	94,740	95,165	97,192	104,805	112,363	123,094	125,859	140,147	143,964
	Portugal	11,264	11,818	12,649	13,582	14,265	15,862	16,340	17,108	17,678	19,076
	Eslováquia	2,916	3,191	3,497	3,759	4,196	4,567	4,975	5,841	6,821	7,355
	Eslovênia	2,136	2,307	2,493	2,534	2,711	2,849	3,055	3,092	3,608	3,766
	Espanha	44,348	47,402	51,398	59,696	64,019	69,478	79,742	87,703	98,268	103,989
	Reino Unido	85,152	94,094	103,254	110,319	123,443	132,824	145,833	150,038	159,182	174,236
	EUA	581,312	644,951	704,407	761,187	820,595	879,391	954,867	1019,094	1085,143	1159,208
Factor PPC saúde Implícito	Alemanha	0,96679	0,95581	0,94187	0,91784	0,89657	0,86688	0,83730	0,83021	0,81165	0,80453
	Itália	0,81700	0,80800	0,84542	0,85416	0,87278	0,86665	0,83327	0,81656	0,78886	0,78294
	Portugal	0,69958	0,70590	0,70810	0,70628	0,71612	0,68433	0,66170	0,65952	0,64921	0,63556
	Eslováquia	0,52559	0,52187	0,52778	0,55515	0,57259	0,56596	0,55501	0,54544	0,53266	0,51330
	Eslovênia	0,53163	0,56538	0,58842	0,61519	0,61079	0,61160	0,60768	0,62899	0,63435	0,63702
	Espanha	0,73398	0,74004	0,73340	0,75310	0,75920	0,76491	0,73552	0,72811	0,72013	0,70969
	Reino Unido	0,63589	0,62691	0,62763	0,64109	0,63251	0,63617	0,62659	0,64504	0,65084	0,65415
	EUA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: OECD, base de dados on-line *OECD.Stat* (<http://stats.oecd.org/>).

## Previsões de apoio à elaboração dos cenários (Capítulo 3)

**Tabela D.3. Dados demográficos, macroeconómicos e orçamentais globais implícitos nos cenários**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>PIB a preços correntes</b>									
Alemanha	2374,5	2476,8	2570,8	2644,772	2720,977	2793,883	2865,371	2938,425	3013,408
Itália	1519,695	1553,166	1580,22	1571,407	1588,196	1615,312	1652,729	1695,979	1740,373
Portugal	168,504	172,571	171,682	167,69	170,546	176,329	182,251	188,767	194,549
Eslováquia	62,795	65,744	69,059	71,884	75,173	79,57	84,52	89,57	94,938
Eslovénia	35,311	35,416	35,639	35,643	36,495	37,634	39,004	40,584	42,241
Espanha	1047,831	1051,342	1073,383	1062,674	1080,223	1112,307	1150,137	1189,742	1231,218
Reino Unido	1393,854	1463,734	1507,585	1556,667	1632,098	1711,587	1801,377	1894,434	1997,605
EUA	13938,925	14526,55	15094,025	15609,697	16221,378	16940,567	17783,568	18705,028	19704,59
<b>População</b>									
Alemanha	0,081875	0,081757	0,081777	0,081613	0,08145	0,081287	0,081124	0,080962	0,0808
Itália	0,060045	0,06034	0,060626	0,060896	0,061148	0,061383	0,0616	0,0618	0,061982
Portugal	0,010627	0,010638	0,010658	0,010675	0,01069	0,010703	0,010713	0,01072	0,010724
Eslováquia	0,005425	0,005435	0,005446	0,005452	0,005457	0,005462	0,005468	0,005473	0,005479
Eslovénia	0,002016	0,002018	0,002021	0,002022	0,002023	0,002024	0,002025	0,002026	0,002027
Espanha	0,045828	0,045989	0,046153	0,04636	0,046547	0,046735	0,046923	0,047129	0,047336
Reino Unido	0,061798	0,062222	0,062644	0,063065	0,063486	0,063906	0,064332	0,064763	0,065198
EUA	0,307374	0,309732	0,311946	0,314703	0,317708	0,320741	0,323804	0,326895	0,330017
<b>Receita pública total</b>									
Alemanha	1065,98	1079,747	1146,008	1171,203	1201,192	1231,562	1258,286	1286,735	1317,972
Itália	706,97	714,584	726,997	758,655	778,137	792,813	812,13	834,855	858,11
Portugal	66,967	71,817	76,7	71,81	72,618	74,402	76,628	79,096	81,52
Eslováquia	21,166	21,814	22,682	24,124	24,553	25,85	27,414	29,059	30,802
Eslovénia	14,408	14,794	14,981	14,971	15,324	15,793	16,346	16,952	17,585
Espanha	365,382	379,497	377,085	382,694	390,347	401,47	417,988	436,84	453,762
Reino Unido	514,138	533,865	558,734	580,618	607,174	639,5	670,545	708,223	747,546
EUA	4312,956	4597,755	4805,176	4981,261	5333,764	5702,509	6057,146	6409,241	6744,26
<b>Despesa pública total</b>									
Alemanha	1142,24	1185,609	1172,915	1192,526	1216,545	1240,133	1264,766	1292,62	1322,691
Itália	788,55	784,268	789,36	796,018	802,73	818,913	836,219	857,364	877,789
Portugal	84,106	88,726	83,627	79,403	77,762	78,519	80,122	82,586	84,99
Eslováquia	26,188	27,021	26,501	27,148	27,363	28,891	30,703	32,545	34,498
Eslovénia	16,368	16,693	17,004	16,628	16,843	17,271	17,8	18,406	19,04
Espanha	482,688	477,724	467,848	446,68	451,779	459,688	472,673	488,98	504,369
Reino Unido	658,832	678,068	689,338	704,411	714,365	725,723	736,266	748,009	766,536
EUA	6130,468	6121,821	6248,477	6242,676	6358,243	6538,235	6846,736	7246,76	7619,478
<b>Saldo orçamental</b>									
Alemanha	-76,26	-105,862	-26,907	-21,323	-15,353	-8,571	-6,48	-5,885	-4,719
Itália	-81,58	-69,684	-62,363	-37,363	-24,593	-26,1	-24,089	-22,509	-19,679
Portugal	-17,139	-16,909	-6,927	-7,593	-5,144	-4,117	-3,494	-3,49	-3,47
Eslováquia	-5,022	-5,207	-3,819	-3,024	-2,81	-3,041	-3,289	-3,486	-3,696
Eslovénia	-1,96	-1,899	-2,023	-1,657	-1,519	-1,478	-1,454	-1,454	-1,455
Espanha	-117,306	-98,227	-90,763	-63,986	-61,432	-58,218	-54,685	-52,14	-50,607
Reino Unido	-144,694	-144,203	-130,604	-123,793	-107,191	-86,223	-65,721	-39,786	-18,99
EUA	-1817,512	-1524,066	-1443,301	-1261,415	-1024,479	-835,726	-789,59	-837,519	-875,218

Saldo orçamental primário									
Alemanha	-21,51	-52,793	17,976	27,511	34,361	38,78	38,977	39,128	40,303
Itália	-14,987	-3,898	12,242	46,863	63,414	66,405	73,055	82,024	89,503
Portugal	-12,584	-12,057	-0,268	0,11	2,565	4,161	4,993	5,66	5,845
Eslováquia	-4,234	-4,237	-2,789	-1,908	-1,482	-1,444	-1,373	-1,41	-1,45
Eslovénia	-1,647	-1,461	-1,526	-1,054	-0,856	-0,757	-0,673	-0,614	-0,555
Espanha	-104,086	-83,348	-70,581	-38,272	-32,727	-24,372	-16,547	-9,261	-3,01
Reino Unido	-120,102	-108,386	-87,766	-82,457	-65,201	-39,7	-14,955	13,198	36,587
EUA	-1554,22	-1229,073	-1108,346	-952,836	-706,273	-475,875	-394,494	-368,995	-318,881
Encargos com juros da dívida pública									
Alemanha	54,75	53,069	44,883	48,834	49,714	47,351	45,457	45,013	45,022
Itália	66,593	65,786	74,605	84,226	88,007	92,505	97,144	104,533	109,182
Portugal	4,555	4,852	6,659	7,703	7,709	8,278	8,487	9,15	9,315
Eslováquia	0,788	0,97	1,03	1,116	1,328	1,597	1,916	2,076	2,246
Eslovénia	0,313	0,438	0,497	0,603	0,663	0,721	0,781	0,84	0,9
Espanha	13,22	14,879	20,182	25,714	28,705	33,846	38,138	42,879	47,597
Reino Unido	24,592	35,817	42,838	41,336	41,99	46,523	50,766	52,984	55,577
EUA	263,292	294,993	334,955	308,579	318,206	359,851	395,096	468,524	556,337
Dívida pública líquida									
Alemanha	1345,099	1406,899	1441,258	1431,767	1453,244	1464,876	1502,358	1540,662	1579,977
Itália	1476,143	1538,262	1573,297	1606,867	1629,879	1655,525	1678,271	1699,776	1719,005
Portugal	132,833	153,973	172,33	185,976	194,174	199,145	202,993	206,437	209,86
Eslováquia	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Eslovénia	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Espanha	445,333	522,401	611,265	712,215	775,35	835,163	884,586	931,416	983,022
Reino Unido	849,372	1040,635	1179,74	1311,119	1422,92	1516,731	1586,393	1628,609	1649,848
EUA	9181,535	10619,058	12116,7	13061,624	14068,373	14914,756	15700,184	16541,941	17423,159
Dívida pública bruta									
Alemanha	1767	2061	2095,359	2085,868	2107,345	2118,977	2131,529	2137,414	2142,134
Itália	1763,676	1842,856	1897,946	1938,444	1966,205	1993,243	2020,628	2046,52	2069,671
Portugal	139,945	161,257	183,33	188,476	196,674	201,645	205,493	208,937	212,36
Eslováquia	22,331	26,998	30,818	33,843	36,652	39,693	44,653	48,14	51,836
Eslovénia	12,45	13,737	16,862	18,701	20,386	22,032	23,653	25,275	26,897
Espanha	565,082	643,136	734,961	839,947	907,678	972,478	1027,163	1079,303	1130,909
Reino Unido	953,02	1099,528	1243,679	1375,694	1491,296	1588,112	1661,656	1707,705	1733,272
EUA	12528,125	14312,002	15537,41	16639,729	17871,059	18955,921	20003,139	21108,038	22264,634
Taxa de juro implícita na dívida pública									
Alemanha	0,0331817	0,0300334	0,0217773	0,0233058	0,0238337	0,0224695	0,0214523	0,0211177	0,0210638
Itália	0,0399565	0,0373005	0,0404834	0,0443774	0,0454008	0,0470475	0,0487367	0,0517329	0,0533501
Portugal	0,037	0,0346708	0,0412943	0,0420171	0,0409018	0,04209	0,0420888	0,0445271	0,0445828
Eslováquia	0,042311	0,0434374	0,038151	0,0362126	0,03924	0,043572	0,0482705	0,0464918	0,0466556
Eslovénia	0,0382641	0,0351807	0,0361797	0,0357609	0,0354526	0,0353674	0,0354484	0,0355135	0,0356083
Espanha	0,0302528	0,0263307	0,0313806	0,0349869	0,0341748	0,0372886	0,0392173	0,0417451	0,0440998
Reino Unido	0,0326857	0,0375826	0,0389604	0,0332369	0,0305228	0,0311964	0,0319663	0,0318863	0,0325448
EUA	0,0241972	0,0235465	0,0234038	0,0198604	0,0191233	0,020136	0,0208429	0,0234225	0,0263566

Fonte: FMI, *World Economic Outlook Database*, Abril 2012 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/01/weodata/weoselgr.aspx>), com exceção dos dados para os encargos com juros da dívida e a taxa de juro implícita na dívida pública, obtidos a partir do saldo orçamental, do saldo orçamental primário e da dívida pública líquida. Unidade: mil milhões de moeda nacional, exceto para a população, em que a unidade de medida são mil milhões de habitantes, e para a taxa de juro implícita na dívida pública, em que a unidade de medida são pontos-base.